

Association Française des Internes d'Hépato-Gastro-Entérologie

Journal des Jeunes Gastros



Numéro **02**
Mars 2023

Lumière sur un article marquant
Tirzepatide dans l'obésité

Le focus
L'œsophagite à éosinophiles

Le pense-bête
Traitements des MICI en 2023

Démarches pour débuter les remplacements

Et aussi : Trucs et astuces, cas clinique, QCM, ...

www.afihge.org

ÉDITO



Nicolas RICHARD
Président de l'AFIHGE



Johanna POKOSSY EPEE
Rédactrice en chef du JJG

Ce numéro étant le premier de l'année, il convient donc de le débuter en vous adressant, au nom de l'AFIHGE, nos meilleurs vœux (... que vous recevrez donc... en mars... passons.) ! Ensuite, de vous dire un grand **MERCI** pour tous vos mots, vos retours et pour vos critiques, qui ont tous été soit très positifs... soit constructifs, et nous permettront, à chaque numéro d'essayer de vous proposer un journal de qualité, qui réponde au mieux à vos attentes.

Maintenant, place à l'actualité ! Nous avons le plaisir de vous retrouver pour ce deuxième numéro du JJG imprimé à l'occasion de l'évènement francophone majeur de notre spécialité : les JFHODs. Les derniers mois ont été l'occasion pour l'AFIHGE de préparer ce nouveau numéro mais aussi de planifier **trois rendez-vous** :

- D'ores et déjà, pendant ces JFHODs, nous vous attendrons **le dimanche 19 mars à 10h35** pour échanger sur les différents modes d'exercice et pour un état des lieux de la formation en endoscopie. Ce symposium est donc l'occasion pour l'AFIHGE de faire remonter vos souhaits et vos insatisfactions concernant l'apprentissage de l'endoscopie pendant l'internat. Vous nous le rapportez souvent, l'accès en fin d'internat et en post-internat à la formation en écho-endoscopie, en cathétérisme biliaire et en dissection sous-muqueuse est parfois un sujet de frustration. Aussi, votre avis peut permettre de peser sur les modalités d'accès à ces formations.
- Pour la première fois depuis 2017 et le dernier week-end des jeunes gastros, nous organisons un **week-end de découverte de l'exercice libéral à Bordeaux les 15 & 16 avril** à l'hôtel Radisson Blue. Au programme : des sessions le samedi après-midi pour répondre en pratique à vos questions sur l'installation ou le remplacement en libéral dans un cadre choisi et convivial.
- L'autre date à noter absolument est **le week-end du 3 au 4 juin** avec les journées annuelles de l'AFIHGE. Cette année, cap sur Marseille, nous sommes déjà extrêmement impatients de vous y retrouver ! Pour ceux qui viendront pour la première fois à ces journées, nous vous accueillons du samedi midi au dimanche midi autour de mises au point pratiques faites par certains des meilleurs experts français et d'une soirée organisée par nos soins le samedi. Pour ces deux évènements, les inscriptions et les informations complémentaires sont le site afihge.org.

Vous l'aurez donc compris, en répondant à nos questionnaires, en participant à la rédaction de ce journal, en vous déplaçant à nos évènements, vous faites vivre votre internat au-delà de votre CHU de rattachement !

Enfin, à titre personnel, je souhaiterais également remercier Lionel Maran, ami, illustrateur (« classique » et digital), graphiste, qui sait dessiner, peindre, animer, retoucher, s'adapter à toutes les demandes les plus farfelues... et qui a accepté de réaliser la super couverture de ce numéro (et en quelques minutes, car en plus d'être monstrueusement talentueux, il est très efficace !). Il se lance en indépendant dans quelques semaines, donc si vous connaissez quelqu'un qui ait besoin de ce genre de talent, n'hésitez pas à le recommander ! En attendant la mise en ligne de son site officiel, vous pouvez avoir un aperçu de son travail très varié sur son profil instagram 'lion__sensei' : allez jeter un coup d'œil :)

À très vite et bonne lecture !

SOMMAIRE

N°02

Mars 2023



Association Française des Internes d'Hépato-Gastro-Entérologie
79 boulevard du Montparnasse
75006 Paris
afihge@gmail.com
www.afihge.org
@afihge

ISSN
En cours

Editeur & Régie publicitaire
Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
contact@reseauprosante.fr
www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page
We Atipik - www.weatipik.com

Fabrication et impression en UE.

AGENDA

Calendrier du semestre printemps été 2023

Mars 2023

16-19 mars • **JFHOD, SNFGE-FMC-HGE**
Paris

Avril 2023

15-16 avril • **Week-end de l'exercice libéral du SYNMAD**
Bordeaux
20-22 avril • **ESGE days**
Dublin (Irlande)

Mai 2023

6-9 mai 2023 • **Digestive disease week (DDW)**
Chicago (USA)
11-12 mai • **Cours intensif FFCD**
Clermont Ferrand

Juin 2023

3 juin • **Journée de la coloproctologie de printemps du SNFCP, HPSJ**
Paris
3-4 juin 2023 • **Journées de l'AFIHGE**
Marseille
2-6 juin 2023 • **ASCO,** Chicago (USA)
8-9 juin • **Journées de printemps de la SFNCM**
22-23 juin • **Réunion annuelle du GFNG 2023**
Clermont-Ferrand
23 juin • **Journée de printemps de la FFCD**
St Etienne
28 juin • **1er juillet - Congrès de l'EPC**
Alpbach (Autriche)
29-30 juin • **Université d'endoscopie Junior de l'IFRED**
Limoges

Septembre 2023

21-22 septembre • **Congrès du Club Français du Pancréas - ACABI**
Lille

Octobre 2023

4-6 octobre • **Journées de l'AFEF**
Rennes
14-17 octobre • **UEG week**
Copenhague (Danemark)
20-24 octobre • **Congrès de l'ESMO**
Madrid (Espagne)
Cours du GTE (date en attente)
Journée du Trocadéro, Paris **(date en attente)**
Journée retour post ASCO-ESMO – FFCD (date en attente)

Novembre 2023

10-14 novembre • **AASLD The Liver Meeting**
Boston (USA)
16-18 novembre • **Journées de la SNFCP**
Marseille
23-24 novembre • **Vidéo Digest - cours intensif, SFED – FMC HGE**
Paris

Décembre 2023

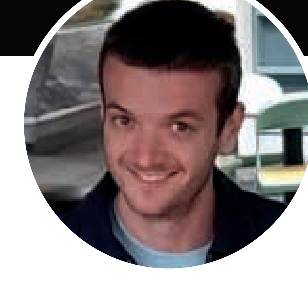
6-8 décembre • **Journées francophones de la nutrition**
Marseille
Congrès national annuel du GTE, Paris **(date en attente)**
Forum du CREGG, Paris **(date en attente)**
Séminaire du GETAID, Paris **(date en attente)**
GASTROSOCLE, SNFGE-AFIHGE, Paris **(date en attente)**
ENDOGASTROLIVE, virtuel (date en attente)

Janvier 2024

Journée SFED de l'endoscopie bariatrique et métabolique, Paris **(date en attente)**
Journées FFCD, Paris **(date en attente)**

L'interview d'un senior Pr Thierry Ponchon


Pr Thierry PONCHON


Victor LEGAL

Bonjour Professeur Ponchon et merci d'avoir accepté d'inaugurer cette nouvelle rubrique du journal des jeunes gastros.

Aux jeunes internes qui ne vous connaîtraient pas, pourriez-vous vous présenter en quelques lignes ?



Mini CV

- Ancien chef du service des maladies digestives, CHU Edouard Herriot, Lyon, France
- Ancien président de la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE)
- Ancien Président de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)
- Ancien Président du comité de recherche de la SFED et du comité de recherche de l'ESGE
- Ancien président de la commission affaires publiques de l'Union Européenne de Gastroentérologie (UEG)
- Ancien co-rédacteur en chef du Journal Endoscopy
- Rédacteur en chef de la revue Endoscopy International Open
- Président du centre régional de coordination des dépistages des cancers de Auvergne Rhône Alpes (CRCDC AuRA)
- Membre de l'INSERM U1012 (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) sur les applications médicales des ultrasons et des rayonnements non ionisants
- Co-responsable du diplôme français d'endoscopie interventionnelle
- Membre de SOBED (Brésil), JGES (Japon), DVGS (Allemagne), ASGE (USA)
- 400 publications
- Biosketch

Après avoir passé 2 ans à l'INSERM sur le dosage des hormones digestives, je me suis orienté vers l'endoscopie digestive, d'abord en CPRE puis dans tous les secteurs de l'endoscopie. J'ai été le premier PU-PH nommé en France spécifiquement en endoscopie digestive. Mon souci constant de hisser l'endoscopie digestive au niveau des autres surspécialités de l'hépato-gastroentérologie en recherche expérimentale, recherche clinique, qualité des soins et éducation, a je pense, été efficace et a permis l'éclosion de plusieurs générations d'universitaires endoscopistes. Les actions et initiatives que j'ai lancées au niveau de la SFED (Commission recherche et développement, pérennisation de Video-Digest) et de l'ESGE (Structuration des recommandations et des critères de qualité. Création de la commission recherche, des curricula, des webinars, des ESGEdays, de la certification, de la commission santé publique, ...) en témoignent. J'ai pris une orientation plus récente vers le dépistage organisé des cancers. À noter enfin que j'ai toujours veillé à défendre les conditions de pratique de l'endoscopie auprès des autorités, en n'hésitant pas à participer aux activités syndicales ou même en sollicitant le Conseil d'État.

Vous avez beaucoup travaillé sur le dépistage du cancer colorectal. En 2020-2021 seuls 35 % de la population française a réalisé un test de dépistage, un chiffre en hausse par rapport à la période précédente (2018-2019) mais toujours en-deçà de l'objectif européen de 45 %. Comment expliquer ce mauvais chiffre et comment l'améliorer ?

Le pourcentage de la population qui participe au dépistage du cancer colorectal est effectivement de 73 % aux Pays-Bas, 59 % en Angleterre et 46 % en Espagne pour un objectif européen acceptable à 45 % et recommandé à 65 %. La France est largement loin derrière les pays de l'Europe de l'Ouest. Ces chiffres sont d'autant plus alarmants que la France a débuté le dépistage des cancers avant les autres pays : Les Pays-Bas ont débuté le dépistage du cancer colorectal en 2014 alors que la France a débuté en 2008. À noter que la tendance est la même pour le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer du col de l'utérus. La classique référence à une éventuelle influence d'un tempérament méditerranéen indiscipliné, n'est pas la seule explication puisque les taux de participation sont bien meilleurs en Italie et Espagne qu'en France et que le problème est général en France du Nord au Sud, les taux de participation étant surtout (mais relativement peu) influencés par l'historique de la mise en place des dépistages et par la typologie, rurale versus urbaine, de la population. Une des causes (mais pas la seule) est que jusqu'en 2022, la distribution du test passait quasi-exclusivement par le médecin traitant. Il ne s'agit pas d'accuser le médecin traitant, qui joue un rôle important dans l'incitation de sa patientèle à se faire dépister, mais il ne doit pas être le seul moyen d'accès au dépistage. Et ce pour plusieurs raisons : 5 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant, la démographie actuelle des généralistes est malheureusement insuffisante et la distribution du test par le médecin traitant est très variable. En cause, une surcharge de travail, un manque de moyens de secrétariat, une démotivation chez certains praticiens... Les résultats de la rémunération sur objectifs de santé publique montrent qu'il y a des écarts très importants en nombre de tests réalisés d'un médecin traitant à un autre. Depuis 2022, les personnes peuvent commander en ligne ou aller chercher un test chez un pharmacien. Ma crainte est que le dépistage ait été « plombé » depuis des années par un défaut de gouvernance du programme et qu'il soit difficile de retourner la situation.

> « 5 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant, la démographie actuelle des généralistes est malheureusement insuffisante et la distribution du test par le médecin traitant est très variable. »

Si vous deviez refaire vos études, quelle spécialité choisiriez-vous et pourquoi ?

Indiscutablement l'hépato-gastroentérologie pour plusieurs raisons : 1) la combinaison de ses composantes cliniques et techniques 2) les multiples organes concernés 3) les multiples types de pathologies 4) une certaine modestie des acteurs de cette spécialité.

À la place d'un jeune universitaire en gastro-entérologie en début de carrière aujourd'hui, quelle orientation choisiriez-vous ?

- De principe, s'orienter vers une surspécialité qui n'a pas été investie par d'autres. Même si elle ne semble pas avoir dans l'immédiat un devenir brillant. Son devenir peut dépendre de vous et de votre implication. Exemple : le microbiote et l'intelligence artificielle, c'est peut-être déjà un peu tard pour s'y engouffrer.
- Dans le même ordre d'idée, toujours penser différemment du groupe, avoir une autre perspective que le groupe.
- Même en s'orientant vers une surspécialité, ne pas oublier que vous êtes hépato-gastroentérologue : ce qui veut dire maintenir une activité clinique, tenir votre rôle au sein de votre spécialité et maintenir les liens avec les autres surspécialités.
- Le plus stimulant est de savoir changer de surspécialité après une dizaine d'années. Ce n'est pas donné à tout le monde. Il est assez facile de « se maintenir ». Il est bien plus difficile de savoir « détruire » ce que l'on a créé et reconstruire sur d'autres bases. Mais cela fait une « belle » carrière.

Depuis le début de votre activité, qu'est-ce qui a le plus selon vous révolutionné la spécialité ?

C'est un peu historique. J'ai vécu la révolution ulcère gastro-duodénal = maladie infectieuse, ce qui était inimaginable pour des générations d'hépato-gastroentérologues, qui travaillaient sur les causes acidité gastrique et stress. Barry Marschall n'était qu'un modeste professeur de microbiologie à Perth, Australie. Je l'ai rencontré quand il présenté lors d'un congrès mondial qu'un traitement antibiotique réduisait considérablement le taux de récidive ulcéreuse, l'ulcère étant alors un véritable fléau. Nous étions 20 dans la salle. Un an après, toutes les équipes s'étaient mises sur HP. Il a eu un mérité prix Nobel 20 ans après. En endoscopie, j'ai aussi connu les débuts et l'ascension de l'écho-endoscopie, le remplacement des méthodes de destruction des tumeurs superficielles digestives par les précises méthodes de résection, l'arrivée des méthodes de traitement endoscopique des troubles moteurs, le développement fantastique de l'imagerie endoscopique. Quand j'ai été nommé PU-PH, il m'a été demandé par le jury non sans malice mais non sans fondement, si l'endoscopie avait un avenir et s'il était alors nécessaire de me nommer. Trente ans après, l'endoscopie a toujours un avenir. Mais n'oubliez pas : toute technique et/ou toute maladie est appelée un jour à disparaître.

Inversement comment voyez-vous l'avenir de la spécialité ? De l'intelligence artificielle aux recherches sur le microbiote intestinal, comment va-t-elle être bouleversée par les progrès scientifiques à venir ?

Certes, on peut miser sur IA et sur le microbiote, mais je me permets d'esquiver la question. Car il faut se garder de se prétendre visionnaire ou simplement clairvoyant : c'est prétentieux et les prédictions souvent erronées. Même pour le plus intelligent d'entre vous. Mais je me permets quelques conseils : Si on ne peut pas prédire l'avenir, il faut toujours s'y préparer. Ce qui veut dire :

- Souplesse d'esprit : penser différemment des autres et explorer des pistes originales voire aventureuses.
- Mais à deux conditions pour emporter la conviction et réussir :
  - être rigoureux dans le travail et la méthode, être organisé même dans la passion et l'aventure.
  - fédérer et réunir les forces même celles semblant en opposition ou ayant un intérêt divergent. Savoir s'entourer de personnalités qui vous challengent.

Auriez-vous un conseil à donner aux jeunes internes en gastro-entérologie pour leur formation ? [recommandation de DU, de livre ou d'une source d'information en particulier]

Ce ne sont pas les moyens de formation qui manquent. Je me renierais si je n'affirmais pas qu'il faut compléter sa formation par un ou des DIU/DU, qu'il faut assurer une veille bibliographique personnelle, qu'il faut suivre les activités des espaces juniors des sociétés savantes, qu'il faut avoir un rôle même modeste dans le fonctionnement d'un service, d'un hôpital, d'une société savante, d'une URPS… S'engager.

Un conseil plus personnel mais basique : développer une ou deux véritables expertises en dehors de la médecine (sport, culture, musique, …).

En 2021 une étude coordonnée par l'ANEMF et l'ISNI sur la santé mentale des jeunes médecins, internes et externes compris, montrait une augmentation de la prévalence des symptômes anxieux et dépressifs par rapport à la précédente en 2017. Notre spécialité n'est pas épargnée par ce malaise, loin s'en faut. Comment l'expliquer selon vous et comment y répondre ?

Le temps passe vite et mon avis est certainement assez daté. Ma réponse sera prudente. À vrai dire, je ne sais pas comment précisément expliquer cette évolution. D'autres l'expliquent certainement mieux que moi. On parle d'épuisement et de cadences de travail insoutenables. S'il est normal d'encadrer et de respecter les horaires de travail, je ne suis pas certain que ce soient les principales raisons. L'accroissement exponentielle de la somme de connaissances à acquérir, une plus grande exigence dans les résultats qui peut s'apparenter à de l'emprise (la nécessité de suivre recommandations et critères de qualité), et des relations différentes patients-soignants peuvent expliquer le mal-être des jeunes médecins, qui peuvent se sentir de simples rouages à l'hôpital alors que leurs prédécesseurs exerçaient dans un espace moins contraint avec plus de libertés dans la pratique et moins d'attendus dans les résultats. Dire qu'il y a 40 ans, l'environnement était plus humain, moins oppressant et plus libertaire est peut-être simpliste, mais… Mon expérience personnelle qui a une valeur relative : Mon premier poste d'interne s'est déroulé dans le service de soins intensifs du CHLS : j'ai pris ce service car j'avais été 2 ans médecin sur un bâtiment de la marine nationale dans le Pacifique et que mon niveau était quasi-nul : je voulais avoir le stage le plus difficile pour me « booster ». Seul la nuit (alors que probablement maintenant dans le même service il y a plusieurs assistants et internes), avec tous les types d'urgence : AVC, infarctus, choc septique, coma hyperosmolaire… j'ai dû faire face mais en 2 mois, je maîtrisais. Responsable mais avec moins de contraintes.

L'hôpital également ne se porte pas bien. Les services de gastro-entérologie souffrent d'un manque de personnel paramédical. Êtes-vous inquiet pour le service public ? Qu'a-t-il à offrir aux jeunes gastro-entérologues tentés par une carrière dans le privé ?

Bonne réflexion. Je constate effectivement une dégradation. Mais d'abord l'installation dans le privé ne doit pas être considérée comme ce que l'on fait quand on ne peut pas rester à l'hôpital. Les 2 pratiques sont complémentaires et doivent être encouragées. Je ne suis pas inquiet sur le fond pour 2 raisons : 1) Pour l'instant, on manque de personnel paramédical et de certaines spécialités médicales. Je suis membre de la commission nationale de qualification : la situation est catastrophique dans les petits CH. Mais je ne serai pas surpris que dans 15 ans, ce soit l'inverse : trop de professionnels de santé. L'effet très retardé des variations du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études et également les orientations très diversifiées des jeunes médecins et du personnel paramédical expliquent l'imprédictibilité des besoins de formation. 37 % des personnes qui débutent leurs études d'infirmier ne les finissent pas ! 2) la situation n'est pas bien meilleure dans le système privé. Les établissements privés eux-mêmes souffrent et leur situation financière n'est pas si florissante. Ce qui m'inquiète le plus à vrai dire : le pays vit au-dessus de ses moyens et n'est plus capable d'offrir les meilleurs soins pour tous. Cela se traduit déjà effectivement par les niveaux des salaires du personnel à l'hôpital inférieurs à ceux des autres pays européens. La vérité n'est pas dite.

> **Ce qui m'inquiète le plus à vrai dire : le pays vit au-dessus de ses moyens et n'est plus capable d'offrir les meilleurs soins pour tous.**



Auriez-vous une anecdote à nous partager ? Une histoire qui vous a peut-être amusé ?

J'ai plein d'histoires. Celle-ci : en 1985-86, j'avais demandé à mon chef de service à aller à Amsterdam pour ramener en France la technique des prothèses biliaires. J'ai passé 3 jours à Amsterdam Medical Center (AMC) et effectivement, j'ai débuté à mon retour la pose de prothèses biliaires. Mais dans le service de l'AMC, il y avait une salle d'endoscopie qui était fermée à tous. Je m'y suis glissé bien entendu ! et j'y ai eu vu Lok Tio réaliser les premières échoendoscopies au monde sous la conduite de G Tytgat, le puissant chef de service de l'AMC, le gastro aux 1000 publications, qui avait réussi à convaincre les industriels japonais de débuter la technique à l'AMC. AMC venait de recevoir l'appareil (NB : Lok Tio d'origine indonésienne a fait une brève carrière internationale et est décédé de cancer du pancréas !). Aussitôt rentré à Lyon, j'ai dit à mon chef de service : merci, j'ai pu apprendre la technique de pose des prothèses biliaires mais j'ai surtout vu un échoendoscope et il faut que l'on s'y mette aussi ! Réponse de mon chef de service : « Ponchon, vous ne comprenez rien. Cette technique n'a pas d'avenir. » Et pourtant ce chef de service a été un grand chef de service, mon mentor et je le lui dois beaucoup. Il faut se méfier de se prétendre visionnaire.



La formation théorique en HGE



Johanna POKOSSY EPEE

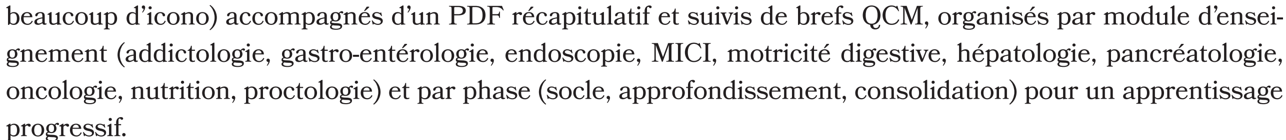
1 Le Document Source National (DSN) de la Collégiale des Hospitalo-Universitaires d'HGE (CDU-HGE)

C'est ce qu'on appelait quand était externes « le Collège de gastro ». Il compile de façon synthétique l'ensemble des connaissances d'HGE nécessaires pour aborder le troisième cycle des études médicales et a été intégralement mis à jour en décembre 2022. C'est un très bon outil pour s'assurer de maîtriser l'essentiel de ce qui nous est demandé en démarrant l'internat. Il sera donc probablement plus utile aux socles débutants qu'aux plus vieux internes, mais revoir ses bases ne fait jamais de mal !

Vous pouvez scanner ce QR code pour y accéder, ou vous rendre sur le site de la SNFGE, rubrique 'Formation' et l'y retrouver.



2 La plateforme d'e-learning de la CDU-HGE



Plus adaptée aux internes, la plateforme a migré au mois de novembre (RIP elffe-theia) et est désormais plus simple d'accès. Elle regroupe des cours vidéos (avec beaucoup d'icono) accompagnés d'un PDF récapitulatif et suivis de brefs QCM, organisés par module d'enseignement (addictologie, gastro-entérologie, endoscopie, MICI, motricité digestive, hépatologie, pancréatologie, oncologie, nutrition, proctologie) et par phase (socle, approfondissement, consolidation) pour un apprentissage progressif.

Le seul petit bémol est que certains cours commencent à dater... Mais leur mise à jour devrait se faire progressivement, et en dehors des parties 'Epidémio' et 'Thérapeutiques' qui bougent vite pour certaines pathologies, la très grande majorité du contenu reste valable (histo, anat, physiologie, physiopath, clinique, ...). La plateforme d'e-learning nous donne donc des bases solides, mais ne dispense pas de faire une démarche personnelle de FMC à côté... ce qui est normal !

Pour ceux qui avaient déjà bien entamé leur progression sur elffe-theia : pas de panique, en allant sur chaque cours, vous pouvez cocher en haut de la page « marqué comme terminé ✓» pour le valider sans avoir à recommencer de zéro.

Pour ceux qui n'auraient pas reçu le mail, la plateforme est accessible sur :
https://hge-elearning.fr/



3 Le site de l'Association Française de Formation Médicale Continue en Hépato-gastro-entérologie (FMC HGE)



On parlait justement d'effectuer une démarche personnelle de FMC ? Impossible de parler formation théorique en HGE sans citer la FMC HGE, qui existe depuis 1982 avec pour objectif de proposer une FMC pour tous les domaines que regroupent notre spécialité. On trouve sur leur site une mine d'informations accessibles gratuitement et de façon très intuitive : des post-U, des QCM corrigés, des brèves de congrès, les dates de congrès et de sessions présentielles de FMC (passées et à venir), ... en bref : tout le nécessaire pour rester à jour des dernières recommandations.

Si vous recherchez une information sur un sujet spécifique (par exemple l'hyperferritinémie) mais que vous ne savez pas dans quel support trouver l'information, il suffit de se servir de la barre de recherches pour être redirigé vers les documents référence (essayez !) Le site est accessible sur : https://www.fmcgastro.org/



Nous ne pouvons que vous recommander de vous inscrire également à la lettre d'information FMC-HGE, qui vous permettra de recevoir régulièrement par mail les gastroscoop.

4 Sites internet des sociétés savantes

Là encore, les sites de nos sociétés savantes sont de gigantesques mines d'informations, auxquelles il est possible d'accéder soit gratuitement, soit en réglant une cotisation annuelle, dont le prix est réduit pour les internes (et qui permet également en général également d'avoir accès à des tarifs réduits pour les congrès, des bourses, des prix, ...).

On trouve sur chaque site de nos sociétés savantes : les dernières actualités, les recommandations classées par thématique et ancienneté, de la bibliographie, les dates des congrès, de webinaires et de formations ponctuelles, de l'iconographie, des vidéos, des replays de congrès ou de topos, des podcasts et même des accès gratuits à des revues en ligne (ex : via le site de la SNFGE, les adhérents ont accès au Lancet, au NEJM, à HGOD, GUT, J. of Hepatology, etc.).

Vous trouverez la liste de tous les sociétés savantes et leur site internet à la fin de chaque numéro du journal.

5 La revue « Hépato-Gastro & Oncologie Digestive » (HGOD)



C'est LE journal mensuel francophone incontournable en HGE.

Chaque mois, son contenu, largement illustré, s'articule autour d'articles de qualité, traités par un expert du sujet. Les mini-revues très documentées font le point sur les problématiques actuelles. Le dossier thématique FMC, propose une large synthèse autour d'un sujet au travers d'une revue bibliographique, d'un cas clinique pédagogique et de tests d'auto-évaluation.

Hépato-gastro & oncologie digestive est la revue officielle de FMC de la SNFGE, de la SFED, de l'AFEF, de la FFCD et du CFP.

Il est possible de la recevoir par mail et/ou en version papier à son domicile après adhésion aux sociétés savantes.

6 Les congrès

Rien ne remplace les communications orales, le compagnonnage et les rencontres en vie réelle. Pour cela, l'année est rythmée de congrès, qui sont l'occasion de refaire le point sur les bases et surtout de se tenir informé des actualités. Vous trouverez la liste des congrès dans l'agenda en début de chaque numéro.

(NB : les congrès et journées de formation étant nombreux et réguliers, n'hésitez pas à nous signaler par mail si nous en avons oublié un !).



7 Le format vidéos ludiques

Ce format se développe de plus en plus ! On peut citer de façon non exhaustive les chaînes Youtube de l'AFEF ou de la SNFCP, et une fois de plus, vous renvoyer vers les sites des sociétés savantes (la SFED, la SNFGE, etc.) qui regorgent également de vidéos pédagogiques et sur l'actualité digestive.

8 Les podcasts

Là aussi, c'est un format ludique en pleine expansion : on pourra mentionner 'L'instant MICI' accessible sur clicsante.jle.com/fr/, 'La minute du Pancréas' et 'MICI today' tous deux accessibles sur Spotify, Deezer, apple podcasts, podcastics.com, les podcasts sur le site de l'ECCO, ...

9 Les DU et les FST

On revient là sur des formats plus classiques d'enseignement, mais certains peuvent être indispensables si vous souhaitez vous sur-spécialiser, ou juste utiles si vous souhaitez approfondir vos connaissances sur un domaine particulier.

Les DU sont payants mais n'imposent en général pas de semestre particulier. Il existe entre autres comme DU/DIU : alcoologie, échographie, écho-endosocpie, endoscopie interventionnelle, explorations fonctionnelles digestives, hépatites virales, MICI, NASH, nutrition artificielle, oncogénétique, pancréatologie, pathologies digestives graves, proctologie, réanimation hépatique, soins palliatifs, ...

Les FST sont gratuites, mais imposent en général des terrains de stage sur 2 semestres. Nous sont accessibles les FST de cancérologie, addictologie, nutrition, soins palliatifs. Depuis qu'elles existent, les FST sont souvent une condition sine qua none pour être habilités à réaliser certaines tâches plus tard (ex : pour prescrire des chimiothérapies, il faut avoir réalisé la FST d'onco).

Les inscriptions ont lieu en général entre avril et juin : renseignez-vous spécifiquement pour la formation qui vous intéresse.

On essaiera de vous présenter un DU et une FST dans chaque numéro du journal.

10 La bibliographie

PUBMED, EMBASE, CENTRAL et autres bases de données électroniques sont là pour ça !

Les TIPS pour pimper sa formation théorique sont donc nombreux, divers et variés et ont l'avantage d'exister sous toutes les formes (journaux, newsletter, communications orales, textes intégraux de recommandations, fiches synthétiques, vidéos courtes ou longues, podcasts, ...), ce qui permet à chacun de s'y retrouver selon ses préférences.

Un grand merci aux internes, médecins seniors, personnels paramédicaux et également aux patients experts qui prennent de leur temps pour s'impliquer dans la rédaction et la création de ces contenus, qui nous sont utiles à tous.



Le tirzepatide pour le traitement de l'obésité

Nicolas RICHARD

Avec un grand merci au Dr Najate Achamrah (Service de nutrition, CHU de Rouen) pour la relecture

Article original : Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity, The new England Journal of Medicine, 2022

Contexte

L'obésité est un problème de santé publique touchant 850 millions de personnes à l'échelle mondiale en 2022[1]. Les conséquences de l'obésité sur les systèmes de santé, résultantes des maladies cardiovasculaires et du diabète, représentent un poids économique considérable. En France comme dans les autres pays développés, le traitement de l'obésité repose sur une prise en charge multimodale nutritionnelle et comportementale. À ces mesures peut s'associer la chirurgie bariatrique qui permet en moyenne une perte de 20 à 40 % du poids corporel total[2].

Cependant, l'effet des règles hygiéno-diététiques seules se heurte à des mécanismes de résistance en lien avec une dysrégulation de l'homéostasie énergétique[3]. Pour cette raison, des traitements médicamenteux associés aux interventions nutritionnelles pourraient permettre de lever ces freins métaboliques à la perte de poids. Parmi les molécules candidates, les incrétines sont des hormones sécrétées en réponse à la prise alimentaire.

Le Glucagon Like Peptide-1 (GLP-1) est déjà une cible thérapeutique des traitements anti-diabétiques et des études récentes ont montré l'efficacité de ses analogues sur la perte de poids même en l'absence de diabète[4]. Le Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide (GIP) est quant à lui impliqué dans la régulation de la balance énergétique via une action centrale et sur le tissu adipeux.

Le Tirzepatide, étudié dans cet article, est une molécule agoniste à la fois du GLP-1 et du GIP, visant un effet synergique.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude de phase 3 multicentrique (119 centres), randomisée, contrôlée et conduite en double aveugle. Les principaux critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 18 ans, un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m² ou supérieur à 27 kg/m² associé à une complication (hypertension, dyslipidémie, syndrome d'apnées du sommeil ou maladie cardiovasculaire) et au moins une prise en charge nutritionnelle antérieure de l'obésité. À l'inverse, les critères d'exclusion principaux comportaient le diabète, la chirurgie bariatrique, une perte de plus de 5 kg dans les trois derniers mois et une comorbidité psychiatrique.

Les patients recevaient tous une prise en charge hygiéno-diététique composée de conseils alimentaires visant à une équilibration des repas et à un déficit calorique quotidien de 500 calories par jour ainsi qu'à 150 minutes d'activité physique par semaine. Un quart

des patients recevait le placebo, les trois quarts restants recevaient le Tirzepatide à des doses de 5, 10 ou 15 mg par semaine en injection sous-cutanée. Tous les patients commençaient le traitement à une dose réduite de 2,5 mg par semaine avec une augmentation par palier mensuel de 2,5 mg par semaine jusqu'à la dose attendue (soit à la semaine 20 pour le groupe 15 mg par semaine).

L'objectif principal de l'étude était double : évaluer le pourcentage de perte de poids ainsi que la proportion de patients atteignant une perte d'au moins 5 % de leur poids corporel à 72 semaines du début du traitement. Les objectifs secondaires comportaient notamment le pourcentage de patients atteignant des pertes pondérales plus importantes (jusqu'à 20 % à la semaine 72), l'évolution du poids à la semaine 20, l'évolution du périmètre abdominal, de la masse grasse (lorsqu'une absorptiomètrie biphotonique était disponible avant et après traitement), de la pression artérielle systolique, de l'insulinémie et du bilan lipidique à la semaine 72.

Résultats

Les auteurs ont pu inclure plus de 2500 participants sur une durée de 3 ans. Deux tiers de ces participants étaient des femmes dont l'âge moyen était de 45 ans et l'IMC moyen de 38 kg/m^2. En moyenne, ces patients souffraient d'obésité depuis 14 ans, 40 % présentaient un prédiabète et le périmètre abdominal moyen était de 114 cm.

L'étude a mis en évidence une diminution très significative du poids à 72 semaines (de -15 % à -20,9 % dans les groupes traités contre -3,1 % dans le groupe placebo). Parallèlement, plus de 85 % des patients perdaient au moins 5 % de leur poids dans le groupe Tirzepatide contre un tiers dans le groupe placebo.

L'analyse des critères de jugement secondaires montrait des résultats de la même ampleur avec notamment 30 à 50 % de patients arrivant à perdre au moins 20 % de leur poids sous Tirzepatide contre 3,1 % dans le groupe placebo. La courbe d'évolution pondérale montre une perte continue de poids au cours de l'étude dans les groupes traités. À l'inverse, il semble exister un rebond pondéral à un an dans le groupe placebo en lien avec les mécanismes de résistance évoqués en introduction.

De même, le Tirzepatide permettait une amélioration significative de l'état de forme évalué par le patient (questionnaire SF-36) et de tous les paramètres biologiques métaboliques (pression artérielle systolique, triglycéridémie, HDL et non-HDL cholestérol, insulinémie à jeun) permettant à 95 % des patients traités de sortir des critères du prédiabète (contre 62 % dans le groupe placebo). Enfin, chez les patients où l'étude de la composition corporelle était possible, une perte de masse grasse plus importante était constatée avec le Tirzepatide relativement à la masse maigre.

Les principaux effets secondaires rapportés étaient digestifs (nausées et/ou diarrhée), touchant environ 25 % environ des patients traités par Tirzepatide avec un taux global d'arrêt du traitement pour effet secondaire de 4 à 7 % dans les groupes traitement. Enfin, des évènements indésirables biliaires lithiasiques touchaient 1 à 2 % des patients (sans distinction franche de groupe), à l'image de ce qui est observé en cas de perte pondérale après chirurgie bariatrique.

Que retenir ?

Le Tirzepatide permet une perte pondérale significative associée à une amélioration des paramètres métaboliques avec un profil de tolérance qui paraît acceptable. Cette étude publiée dans l'un des meilleurs journaux vient renforcer les publications précédentes sur l'intérêt d'utiliser des analogues des incrétines dans le traitement médical de l'obésité[4]. Cette classe thérapeutique paraît surpasser les traitements médicaux de l'obésité actuellement disponibles (surtout aux USA) et peu utilisés en Europe[2].

Les pourcentages de perte pondérale affichés dans cet article sont à mettre en parallèle de ceux de la chirurgie bariatrique : de 20 à 40 % selon la technique chirurgicale employée au prix de complications chirurgicales chez 20 % des patients opérés[2, 5]. Cependant, la question de l'évolution après 18 mois reste en suspens : un rebond pondéral sera-t-il observé à l'instar de ce qui est rapporté dans la chirurgie bariatrique ? Le traitement permettra-t-il de diminuer l'incidence des complications cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) au-delà des paramètres biologiques étudiés ? Ce type de traitement sera-t-il à poursuivre au long cours ou non ?

Au-delà des questions non résolues, l'une des critiques qui peut être faite à cet article est le risque de biais de sélection à l'inclusion, avec par exemple l'exclusion des patients avec une comorbidité psychiatrique quand celle-ci touche 20 à 60 % des patients atteints d'obésité[6]. Les prochaines publications permettront probablement de mieux positionner les différentes approches les unes par rapport aux autres et de préciser les patients éligibles à ce type de traitement médical de l'obésité.

Le traitement par Tirzepatide pourrait marquer un tournant dans la prise en charge médicale de l'obésité aux côtés de publications antérieures sur les analogues du GLP-1.

Références

1. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2022. https://www .worldobesity .org/ resources/ resource -library/ world -obesity -atlas -2022
2. Bischoff SC, Schweinlin A. Obesity therapy. Clin Nutr ESPEN. 2020;38:9-18. doi:10.1016/j.clnesp.2020.04.013
3. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. Endocr Rev. 2017;38(4):267-296. doi:10.1210/er.2017-00111
4. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. N Engl J Med. 2021;384(11):989-1002. doi:10.1056/NEJMoa2032183
5. Coblijn UK, Karres J, de Raaff CAL, et al. Predicting postoperative complications after bariatric surgery: the Bariatric Surgery Index for Complications, BASIC. Surg Endosc. 2017;31(11):4438-4445. doi:10.1007/s00464-017-5494-0
6. Sarwer DB, Polonsky HM. The Psychosocial Burden of Obesity. Endocrinol Metab Clin North Am. 2016;45(3):677-688. doi:10.1016/j.ecl.2016.04.016

Les ordonnances types en HDJ d'oncologie digestive



Clémence DESCOURVIÈRES

Bilan pré-chimiothérapie intra-veineuse

- Pose de PAC (port à cath, chambre implantable) et radio du thorax
- Scanner TAP baseline < 1 mois
- Sérologies VIH, VHB, VHC
- Phénotypage DPD, uracilémie (obligatoire avant chimiothérapie à base de 5FU)

  +/- Génotypage UGT1A1 (avant chimiothérapie par Irinotécan)

  +/- Déparasitage par Ivermectine oral dose unique si ATCD de voyages à l'étranger

  +/- marqueurs baseline ACE / CA 19-9 / α-foeto-protéine, si utiles, selon le contexte

Indication principale	Chimiothérapie / thérapie ciblée	Pré-chimio	Schéma classique	Anti-émétiques	Ordo si besoin	Autre(s)
Cancer colorectal, pancréas, oeso-gastrique, cholangio-carcinome, tumeurs neuroendocrines	**FOLFIRINOX** 5FU, irinotécan, oxaliplatine	DPD ou uracilémie	Tous les 14 jours	Aprépitant + Sétrons + Anti D2	Diarrhée ++ Constipation (plus rare, parfois due aux antiémétiques) Bains de bouche Soins de peau (Dexeryl© ou autre crème hydratante riche)	G-CSF
	FOLFOX 5FU oxaliplatine					
	FOLFIRI 5FU irinotécan					
	5FU			Anti D2		
EGFR muté	*+ **Bevacizumab** (Avastin©)/ Ou **Aflibercept** (Zaltrap©)*	BU		0		
EGFR sauvage/wt	*+ **Cetuximab** (ERBITUX©) ou **Panitumumab** (VECTIBIX©)*			0	Doxycycline 100mg	
Oeso-gastrique	**FLOT = TFOX** 5FU Leucovirine, Oxaliplatine, (Doce)Taxel	DPD		Aprépitant + Sétrons + Anti D2	Diarrhée Constipation Bains de bouche Soins de peau (Dexeryl© ou autre crème hydratante riche) et des ongles	G-CSF Prothèse capillaire
	5FU – CISPLATINE	DPD Créatinine	14 ou 21 jours			
	*+ **Trastuzumab** (HERCEPTIN©)*	ETT		0		

Indication principale	Chimiothérapie / thérapie ciblée	Pré-chimio	Schéma classique	Anti-émétiques	Ordo si besoin	Autre(s)
Canal anal	**DCF** Docétaxel Cisplatine 5FU	Créatinine DPD	Tous les 14 ou 21 jours	Aprépitant + sétrons + Anti D2	Diarrhée Constipation Bains de bouche Soins de peau (Dexeryl© ou autre crème hydratante riche)	G-CSF Prothèse capillaire
Pancréas, Cholangio-carcinome	**GEMCITABINE-** +/- Nabpaclitaxel (**ABRAXANE**©) dans le cancer du pancréas	Créatinine	1 cycle = J1, J8, J15, pause J21, reprise à J28	Sétrons + Anti D2	Diarrhée Bains de bouche Soins de peau (Dexeryl© ou autre crème hydratante riche)	Prothèse capillaire si Abraxane©
Cholangio-carcinome	**GEMCIS** Gemcitabine cisplatine	Créatinine BU	J1, J8, pause à J15, reprise à J21	Aprépitant + sétrons + Anti D2		Prothèse capillaire
	+ Durvalumab					
Carcinome Neuro-Endocrine	**CARBOPLATINE – ETOPOSIDE** (VP16)		J1, J2, J3, Tous les 21 jours	Aprépitant + sétrons + Anti D2	Diarrhée Constipation Bains de bouche Soins de peau (Dexeryl© ou autre crème hydratante riche)	
Oeso-Gastrique Canal anal	**DCF** Docétaxel Cisplatine 5FU	Créatinine DPD	Tous les 14 ou 21 jours	Aprépitant + sétrons + Anti D2	Diarrhée Constipation Bains de bouche Soins de peau (Dexeryl© ou autre crème hydratante riche)	Prothèse capillaire
CHC	**Atezolizumab** + **Bevacizumab**	FOGD	Tous les 21 jours	Anti D2		
Immuno-thérapie :	**Pembrolizumab** / **Nivolumab**			Anti D2		Surveillance TSH, glycémie

Biologie

Faire pratiquer dans un laboratoire d'analyses médicales, avant chaque chimiothérapie :

- NFS
- Ionogramme sanguin
- Créatininémie
- Bilan hépatique : ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine +/- TP
- Albumine, pré-albumine
- Glycémie à jeun

  +/- Protéinurie sur échantillon ou des 24h

  +/- TSH



Médicaments

Pour les nausées (ordonnances d'exception)

- Aprépitant (EMEND©) : 125mg le jour de la chimiothérapie, 80mg le lendemain et le surlendemain.
- Ondansetron (ZOPHREN© / SETOFILM©) 8mg : 1 prise matin et soir pendant les 3 à 5 jours suivant la chimiothérapie (comprimé/film orodispersible).
- Métoclopramide (PRIMPERAN©) 10mg : 1 comprimé en cas de nausées, max 3 par jour. Ou Vogalène©.

Si inefficace :
Cortancyl© 40mg par jour les 5 premiers jours de la chimiothérapie.
Olanzapine 5 à 10mg pendant 5 jours : 1 comprimé le soir.

Pour la diarrhée

- Smecta© 1 sachet 3 fois par jour.
- Lopéramide 2 mg : 1 à chaque selles liquide, max 8 / jour.
  Si inefficace : Racécadotril 100mg : 1 gélule max 3/jour.
  Si cancer du pancréas : CREON© 25 000 unités : 1 à 3 gélule par repas (à adapter au poids et au transit du patient. Il peut être utile de prescrire un IPP pour améliorer l'absorption du CREON©).

Pour la constipation

- Movicol© 1 à 6 sachets par jour selon le transit.
- En cas de prise de morphinique(s) : Moventig© 12,5 ou 25mg : 1 comprimé par jour.

Pour les mucites

- Bain de bouche au Bicarbonate de sodium 1,4% : faire des bains de bouches 3 à 6 fois par jour.
  ± ULCAR© sachets, dans un verre à préparer pour chaque bain de bouche : mélanger Ulcar© + bicarbonate de sodium, 3 à 6 fois par jour.
  ± Xylocaïne 2%, 1 flacon à diluer dans le flacon de bicarbonate de sodium. Ne pas manger ou boire dans les 30 min suivant l'application de XYLOCAINE car peut provoquer des fausses routes.

Pour limiter la sécheresse cutanée et le syndrome main pied

- DEXERYL© crème : 1 à 6 applications par jour, soit 1 tube / 15jours.
- COLD CREAM : 1 à 3 application par jour, soit 1 tube / 7jours.
- CICALFATE© crème : 1 à 3 application par jour, soit 1 tube / 7 jours.
- EN PRÉVENTIF crème à 10 % d'urée : Urée 10g + eau purifiée 20g + excipial lipocrème 70g.
- EN CURATIF crème à 40 % d'urée : Urée 40g + eau purifiée 40g + excipial lipocrème 20g. Une application sur les mains et les pieds en insistant sur les talons, une fois par jour.

G-CSF

Pour les chimiothérapies toutes les 2 semaines :
Faire pratiquer par une IDE à domicile, tous les jours pendant 5 jours à partir du 2e jour après la fin de la chimiothérapie :

- Poids < 60kg : Filgrastim© 30 (par exemple).
- Poids > 60kg : Filgrastim© 48.

Pour les chimiothérapies toutes les 3 semaines :

- Pegfilgrastim 6mg 1 injection unique sous cutanée à J6.



Présentation de l'afa Crohn RCH France



L'afa (anciennement pour 'Association François Aupetit') Crohn RCH France est l'unique association nationale – reconnue d'utilité publique – de personnes malades et de proches engagés dans la lutte contre les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). En France, plus de 300 000 personnes en sont atteintes, dont 20 % d'enfants et jeunes.

L'afa informe et soutient les malades et leurs proches

Les MICI impactent lourdement le quotidien des malades : les symptômes digestifs et extra-digestifs, les douleurs, l'anxiété voire l'auto-confinement liés aux urgences toilettes, l'isolement d'une maladie taboue, sans oublier les difficultés sociales, familiales et professionnelles liées à la fatigue, mais aussi l'alimentation... et l'estime de soi qui peut en prendre un coup, notamment chez les jeunes adultes en construction !

Pour venir en aide aux malades de tous âges, ainsi qu'à leurs proches, l'afa met en place de nombreux outils d'information et de soutien, en présentiel et numérique :

- Permanences d'écoute et d'experts (social, travail, nutrition, psy, activité physique).
- Groupes spécifiques, séjours et week-ends (ados, familles, parents, seniors, personnes stomisées).
- Carte Urgence Toilettes qui facilite l'accès aux sanitaires lors des déplacements.
- Plateforme MICI Connect qui apporte un accompagnement personnalisé à travers des modules thématiques ciblés.
- Ateliers en ligne d'e-accompagnement : imaginés sur le format de l'éducation thérapeutique du patient, ces ateliers permettent aux malades et proches d'échanger en ligne, en petit groupe et en toute confidentialité autour de thématiques essentielles (alimentation, sexualité, douleurs & fatigues, thérapies complémentaires, etc).
- Nombreux outils, brochures, fiches thématiques, disponibles via leur site internet.

Présente partout en France grâce à son réseau de bénévoles formés, elle propose des événements d'information et de convivialité, et des solutions adaptées et de proximité pour chaque problématique rencontrée par le malade et son proche.

L'afa soutient la recherche

Depuis sa création en 1982, l'afa est devenue un acteur incontournable dans l'aide au développement de la recherche sur les MICI. Ses objectifs :

- Aider au démarrage de groupes de recherche et parvenir à la création de structures stables qui se consacrent à l'étude des MICI.
- Explorer les diverses voies de recherche, inflammation, immunologie, épidémiologie, bactériologie, psychologie, thérapeutique.

Chaque année, l'association soutient des projets de recherche à travers son programme de bourses (entre 250 000 et 300 000 euros par an) décernées par son comité scientifique.

L'afa, l'alliée des professionnels de santé

L'afa informe et forme les professionnels de santé (gastro-entérologues, infirmiers, diététiciens...) aux spécificités liées aux MICI. Elle met à disposition de nombreux outils d'information ciblés, propose aussi une newsletter pour les soignants. Ses ateliers en ligne sont également une solution privilégiée pour les patients qui n'ont pas accès aux ateliers d'ETP.

Date-clé !

Le 19 mai marque chaque année la Journée mondiale des MICI, un temps fort de sensibilisation et de communication. L'occasion pour toute la communauté MICI – notamment les professionnels de santé – de se mobiliser et de marquer sa solidarité avec les malades !

Infos & contacts

www.afa.asso.fr



www.miciconnect.com
www.observatoire-crohn-rch.fr

Mail : info-accueil@afa.asso.fr
Tél : 01 42 00 00 40

Le TACFA



Guillaume LE COSQUER

Qu'est-ce que le TACFA ?

Le TACFA (Tutorat Associatif pour des Conférences en FASM) est une association loi 1901 fondée par des internes dont l'objectif est de proposer à tous les externes une préparation gratuite et de qualité aux EDN (Épreuves Dématérialisées Nationales). Ce projet est soutenu par la conférence des doyens de médecines et la CNCEM (Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine).

Quel contenu est proposé ?

Des conférences nationales gratuites de préparation sont proposées toutes les semaines à destination des DFASM 1 et 2. La diffusion des conférences sera assurée par l'UNESS (l'organisme public qui gère SIDES). La correction se fait la semaine suivante via un live sur Twitch et Youtube. En gastro-entérologie cela représente 2 conférences par an, la première a eu lieu le 5 octobre 2022 et avait réuni 2588 étudiants !

L'ensemble des contenus proposés est relu par un panel d'universitaires d'hépato-gastro-entérologie.

Une préparation aux ECOS (Examen Clinique à Objectif Standardisé) sera également proposé à partir d'octobre 2023. Il s'agit d'une nouvelle épreuve, consistant en un oral de mise en situation pour poser un diagnostic, interpréter un examen complémentaire, annoncer un diagnostic, agir en cas d'urgence.

Comment peux-tu nous aider ?

Nous sommes à la recherche d'internes et de chefs de cliniques pour renforcer notre équipe de rédacteurs/conférenciers. On vous propose de :

- Participer à la rédaction des conférences : rédaction de dossiers progressifs, de questions isolées et correction nationale en live.
- Participer à la préparation des ECOS en rédigeant des sujets d'entraînement et des fiches réflexes à adopter (ex : Que faire devant une élévation des transaminases sans cholestase ?).

Tu n'as jamais rédigé de dossiers ? Tu ne connais pas les modalités d'examen depuis la dernière réforme ? Tu as peur de ne pas avoir le temps ? Ce n'est pas un problème, on s'adaptera à ton expérience et à ta disponibilité ! Ecrire un ECOS prend 2h et ce sera déjà une énorme participation au projet !

Si tu es motivé tu peux contacter le référent de la spécialité à *lecosquer.g@chu-toulouse.fr*

Liens utiles

https://www.tacfa.fr/



Chaîne Youtube
https://vu.fr/rgKI

Chaîne Twitch
https://vu.fr/GTyw

@tacfa_asso
www.tacfa.fr
contact@tacfa.fr
@TACFA3

TUTORAT ASSOCIATIF POUR DES CONFÉRENCES EN FASM

QUALITÉ, GRATUITÉ ET ÉQUITÉ

Histoire de la transplantation fécale

Victor LEGAL Nicolas BENECH
Hôpital Edouard Herriot, HCL

C'est peut-être le comble pour un gastro-entérologue de pouvoir soigner avec des matières fécales. Pour ce deuxième numéro du JJG nous faisons un focus sur la pratique la moins ragoutante de notre spécialité. Celle dont le nom fait inévitablement lever les sourcils la première fois qu'on l'entend : la transplantation fécale, dite aussi plus élégamment transplantation de microbiote fécal (TMF). Le terme même de transplantation, d'ordinaire réservée aux organes solides, entraîne une dissonance cognitive lorsqu'il s'agit d'administrer des matières fécales. Mais qui a bien pu imaginer en premier soigner des maladies graves avec des selles ? Et comment cette thérapeutique a-t-elle pu devenir le traitement de référence pour la prise en charge des infections récidivantes à *Clostridioides Difficile* ? Retour en arrière.

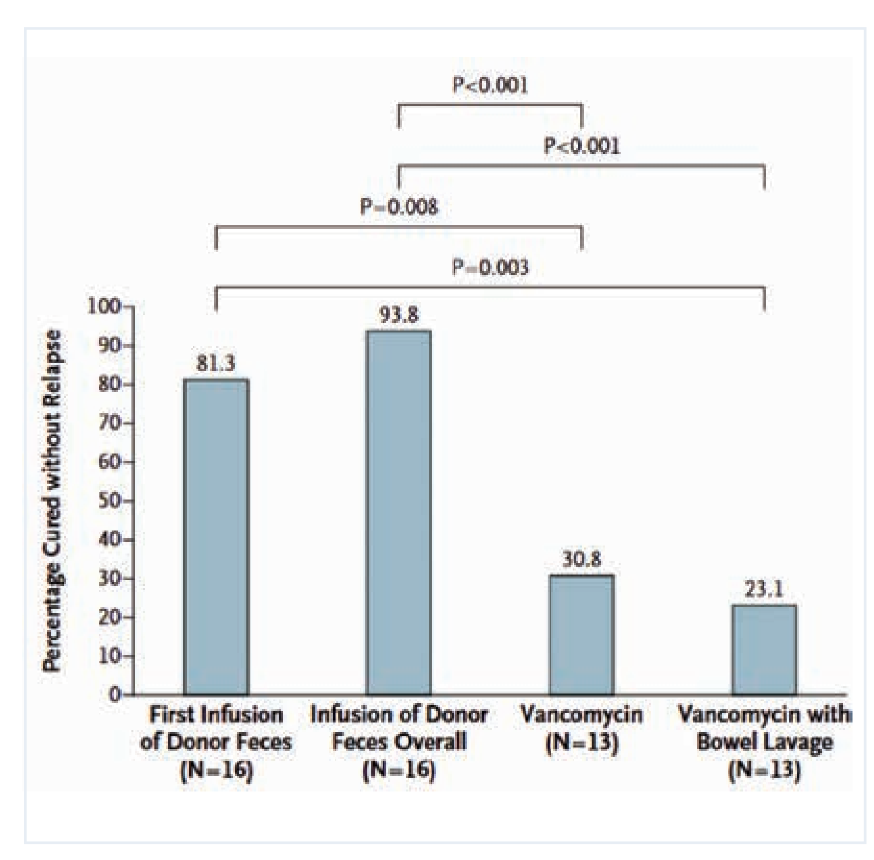
C'est à la médecine traditionnelle chinoise que revient la paternité de cette drôle de thérapie. Le médecin et pharmacien Ge Hong traitait, au IVème siècle avant notre ère, la diarrhée sévère en faisant boire au patient une « soupe dorée » de confection artisanale. Celle-ci contenait des matières fécales mélangées à un ou deux litres d'eau. On peut aisément imaginer que le nom de soupe dorée servait déjà à rendre plus acceptable l'ingestion du traitement[1]. Divers traités de médecine chinoise ont par la suite fait mention de ce type de traitement en enrichissant sa galénique et ses indications.

1. *Zhang F, Luo W, Shi Y, et al. Should we standardize the 1,700-year-old fecal microbiota transplantation? Am J Gastroenterol 2012; 107: 1755–1756*

En occident, la première mention de ce type de traitement est retrouvée au XVIIème siècle dans un traité de médecine vétérinaire de Fabricius Acquapendente. Il faut ensuite faire un bond dans le temps pour retrouver des traces de ce traitement avec la mention par des soldats allemands postés en Afrique du Nord durant la Seconde Guerre Mondiale de la consommation par la population autochtone de selles de chameaux pour traiter la dysentérie. La première mention de la transplantation fécale dans la littérature scientifique moderne date de 1958 quand Eiseman, un chirurgien américain, rapporte avoir utilisé une préparation de selles pour traiter quatre patients souffrant de colite pseudo-membraneuse alors que la cause infectieuse de cette présentation clinique n'avait pas été encore mise en évidence. En effet, la première culture de *Clostridioides Difficile* n'a été réalisée pour la première fois qu'en 1976. Malheureusement cet article séminal, publié dans Surgery passa finalement inaperçu[2].

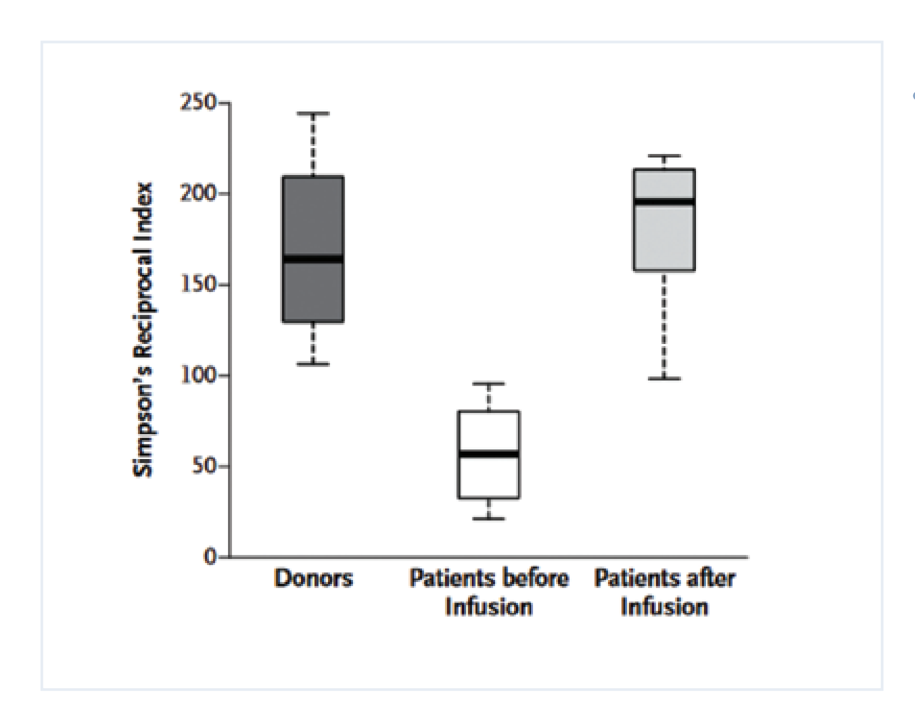
La date la plus importante de l'histoire de la transplantation fécale dans la littérature médicale reste toutefois le 16 janvier 2013, jour de la publication dans le New England of Medicine du premier essai contrôlé randomisé évaluant son efficacité dans l'infection récidivante à *C. Difficile*[3]. Réalisée par une équipe hollandaise, l'étude comparait la transplantation fécale à un traitement antibiotique par Vancomycine per os (500 mg x4 pendant 14 jours) avec ou sans préparation colique préalable pour prévenir la récidive de l'infection à *C. Difficile*. L'administration du nouveau traitement se faisait par sonde naso-duodénale après réalisation d'une cure courte de Vancomycine (500 mg x4 sur 4 jours) et d'une préparation colique par 4 L de PEG. Le critère de jugement principal était la guérison sans rechute dans les 10 semaines suivant le début du traitement. L'étude a finalement été interrompue lors de l'évaluation intermédiaire du fait de la très nette supériorité de la transplantation fécale (13 guérisons après une seule transplantation sur 16 patients, 81 %) sur la Vancomycine po sans lavement (4 guérisons sur 13, 31 %) ou avec (3 guérisons sur 13, 23 %). Deux des trois patients en échec d'une première transplantation ont guéri par la suite après administration d'une deuxième TMF, portant le taux de guérison à 93,8 %.

Si l'on pensait auparavant que la préparation colique par PEG pouvait optimiser le traitement par Vancomycine po, le piètre résultat du groupe associant Vancomycine et lavement par rapport à celui recevant de la Vancomycine seule a démenti cette croyance.



Efficacité de la TMF dans l'étude de E Van Nood

Il est intéressant de remarquer qu'une évaluation du microbiote intestinal a été faite lors de cette étude et montre que la transplantation fécale a augmenté la diversité microbienne chez les receveurs et que cet effet a persisté dans le temps.



Impact de la TMF sur la diversité du microbiote dans l'étude de E Van Nood

Dans ce travail, la TMF était associée à un excellent profil de tolérance avec pour seuls effets indésirables des symptômes digestifs majoritairement bénins et transitoires. Toutefois, plus récemment aux USA, la transmission de bactéries multi-résistantes qui n'avaient pas été recherchées chez le donneur dans le cadre de deux essais chez des patients immunodéprimés avec une altération de la barrière intestinale (cirrhose et patients d'hématologie) a illustré les risques infectieux inhérents à ce type de traitement et les précautions nécessaires à sa mise en place en milieu hospitalier et selon des règles précises[4].
Par la suite, de nombreuses études en vie réelle ont montré des résultats similaires à ceux de l'étude de E. Van Nood avec des taux de guérison de près de 90 % associé à un excellent profil de tolérance[5].

Nous fêtons donc cette année les dix ans de la transplantation fécale moderne et on peut dire qu'elle a déjà bien grandi :

- En 2014, les professionnels académiques français impliqués dans la transplantation de microbiote fécal ont créé le Groupe Français de Transplantation Fécale (www.gftf.fr) pour harmoniser les pratiques sur le territoire, informer le grand public et les professionnels et favoriser la recherche sur la TMF.
- En 2015, l'ANSM a élaboré des recommandations d'usage de la transplantation fécale dans le cadre de la recherche. Elle précise que celle-ci doit être considérée comme un médicament conformément au Code de la Santé publique[6]. Sa préparation relève ainsi de la responsabilité d'une pharmacie à usage intérieur. Finie donc la bonne soupe dorée de confection artisanale ! Les recommandations fixent également la longue liste des infections à rechercher chez le donneur afin de limiter au maximum le risque de transmission d'agents pathogènes.
- Toujours en 2015, une série de cas a montré une efficacité de la TMF dans les formes graves et réfractaires de colite à *C.difficile* qui constitue aujourd'hui une autre indication recommandée de la transplantation fécale dans le soin courant[7].
- En 2016, un essai publié dans le JAMA a montré la non-infériorité de la TMF congelée par rapport à la TMF fraiche[8]. Dans l'étude princeps de 2013, la préparation et l'administration du traitement était faite le jour même de l'émission des selles du donneur. Avec la congélation, la logistique s'est profondément simplifiée.

2. *Eiseman B, Silen W, Bascom GS, Kauvar AJ. Fecal enema as an adjunct in the treatment of pseudomembranous enterocolitis. Surgery. nov 1958;44(5):854-9.*
3. *Van Nood E, Vrieze A, Nieuwdorp M, et al. Duodenal infusion of donor feces for recurrent Clostridium difficile. N Engl J Med 2013 ; 368 : 407–415.*
4. *DeFilipp Z, Bloom PP, Torres Soto M, Mansour MK, Sater MRA, Huntley MH, et al. Drug-Resistant E. coli Bacteremia Transmitted by Fecal Microbiota Transplant. N Engl J Med. 21 2019;381(21):2043-50.*
5. *Quraishi MN, Widlak M, Bhala N, Moore D, Price M, Sharma N, et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of faecal microbiota transplantation for the treatment of recurrent and refractory Clostridium difficile infection. Aliment Pharmacol Ther. sept 2017;46(5):479-93.*
6. *https://ansm.sante.fr/documents/reference/recommandations-pour-la-transplantation-du-microbiote-fecal*
7. *Million M, Hocquart M, Seghboyan JM, et al. Faecal microbiota transplantation as salvage therapy for fulminant Clostridium difficile infections. Int J Antimicrob Agents 2015 ; 46 : 227–228.*
8. *Lee CH, Steiner T, Petrof EO, et al. Frozen vs fresh fecal microbiota transplantation and clinical resolution of diarrhea in patients with recurrent Clostridium difficile infection : a randomized clinical trial. JAMA 2016 ; 315 : 142–149.*

- Les modalités d'administration se sont également étendues avec la possibilité d'administration par gélules avec une efficacité comparable.
- Dès 2013, les sociétés savantes d'infectiologie américaine et européenne positionnent la transplantation fécale comme un traitement de référence dans l'infection récidivante (> 2 épisodes espacés de moins de 8 semaines chacun).

La seule indication validée à ce jour de la TMF est l'infection à *Clostridioides Difficile* récidivante, à partir de la 2ème récidive (soit le 3ème épisode), en prévention d'un nouvel épisode. Dans le cadre de la forme sévère réfractaire, son utilisation en alternative à la chirurgie colique est également admise et associée à une meilleure survie[9]. Plus récemment, un essai contrôlé randomisé hollandais a montré une efficacité de la TMF dans le traitement des formes précoces de colite à *C. Difficile* dès le premier épisode[10]. Il existe ainsi plusieurs plateformes de TMF en France (référencée sur le site du Groupe Français de Transplantation Fécale, www.gftf.fr) qui permettent à tous les professionnels de Santé d'avoir accès à des transplants sécurisés et préparés selon la réglementation en vigueur dans le cadre du soin.

La suite de l'histoire reste à écrire mais nul doute qu'elle sera longue et nous mènera vers une meilleure compréhension des interactions entre un hôte et son microbiote. La TMF porte ainsi de nombreuses indications potentielles, forte de l'accumulation de preuves scientifiques sur le rôle du microbiote intestinal dans notre santé. En gastro-entérologie, la transplantation fécale s'attaque désormais à d'autres supervilains de l'intestin. Le syndrome de l'intestin irritable et les MICI n'ont qu'à bien se tenir face à des essais contrôlés randomisés positifs, notamment dans la rectocolite hémorragique, bien que les protocoles évalués soient hétérogènes et que la place de la TMF dans le soin pour ces indications complexes ne soit pas encore définie et relève d'un champ de recherche actif[11]. Dans les pathologies extra-digestives, de nombreux travaux sont en cours également comme pour la décolonisation de bactéries multi-résistantes, les maladies métaboliques ou certaines affections neurologiques[12].

9. Cammarota G, Ianiro G, Kelly CR, Mullish BH, Allegretti JR, Kassam Z, et al. International consensus conference on stool banking for faecal microbiota transplantation in clinical practice. Gut. 2019;68(12):2111-21.
10. Baunwall SMD, Andreasen SE, Hansen MM, Kelsen J, Høyer KL, Rågård N, et al. Faecal microbiota transplantation for first or second Clostridioides difficile infection (EarlyFMT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 21 sept 2022;S2468-1253(22)00276-X.
11. Benech N, Sokol H. Fecal microbiota transplantation in gastrointestinal disorders: time for precision medicine. Genome Med. 30 juin 2020;12(1):58.
12. Saha S, Tariq R, Tosh PK, Pardi DS, Khanna S. Faecal microbiota transplantation for eradicating carriage of multidrug-resistant organisms: a systematic review. Clin Microbiol Infect. août 2019;25(8):958-63.

Traitements des MICI en 2023

Nathan GRELLIER

Avec nos remerciements au Pr Philippe Seksik, service de Gastro-entérologie et Nutrition, Hôpital Saint Antoine, AP-HP

La gestion des traitements médicamenteux des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) peut sembler complexe au cours de l'internat. L'objectif de ce tableau est de résumer les médicaments utilisés dans les MICI. Il a été pensé comme un outil à utiliser en consultation ou en hôpital de jour afin de faciliter notre raisonnement. Les cas particuliers de poussées complexes telles que la colite aiguë grave (CAG), les sténoses et les abcès de maladie de Crohn ne seront pas abordés dans cet article. Les traitements utilisés en centre expert tels que la Ciclosporine ou le Certolizumab pégol ne sont pas traités. Les nouveaux anti-JAK (Filgotinib, Upadacitinib) et les nouveaux anti-IL-23 (Risenkizumab, Mirikizumab) ne seront pas traités non plus, car non disponibles pour le moment.

Voir les tableaux pages suivantes 

Références

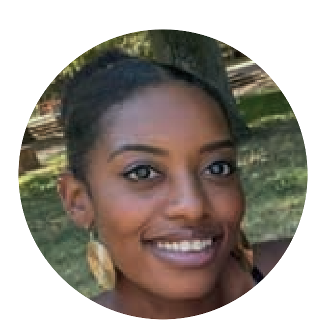
1. Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID): https://www.getaid.org/fiches-medicament
2. Tim Raine, Stefanos Bonovas, Johan Burisch, Torsten Kucharzik, Michel Adamina, Vito Annese, Oliver Bachmann, Dominik Bettenworth, Maria Chaparro, Wladyslawa Czuber-Dochan, Piotr Eder, Pierre Ellul, Catarina Fidalgo, Gionata Fiorino, Paolo Gionchetti, Javier P Gisbert, Hannah Gordon, Charlotte Hedin, Stefan Holubar, Marietta Iacucci, Konstantinos Karmiris, Konstantinos Katsanos, Uri Kopylov, Peter L Lakatos, Theodore Lytras, Ivan Lyutakov, Nurulamin Noor, Gianluca Pellino, Daniele Piovani, Edoardo Savarino, Francesco Selvaggi, Bram Verstockt, Antonino Spinelli, Yves Panis, Glen Doherty, ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 16, Issue 1, January 2022, Pages 2–17, https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab178
3. Joana Torres, Stefanos Bonovas, Glen Doherty, Torsten Kucharzik, Javier P Gisbert, Tim Raine, Michel Adamina, Alessandro Armuzzi, Oliver Bachmann, Palle Bager, Livia Biancone, Bernd Bokemeyer, Peter Bossuyt, Johan Burisch, Paul Collins, Alaa El-Hussuna, Pierre Ellul, Cornelia Frei-Lanter, Federica Furfaro, Christian Gingert, Paolo Gionchetti, Fernando Gomollon, Marien González-Lorenzo, Hannah Gordon, Tibor Hlavaty, Pascal Juillerat, Konstantinos Katsanos, Uri Kopylov, Eduards Krustins, Theodore Lytras, Christian Maaser, Fernando Magro, John Kenneth Marshall, Pär Myrelid, Gianluca Pellino, Isadora Rosa, Joao Sabino, Edoardo Savarino, Antonino Spinelli, Laurents Stassen, Mathieu Uzzan, Stephan Vavricka, Bram Verstockt, Janindra Warusavitarne, Oded Zmora, Gionata Fiorino, on behalf of the European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO], ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 14, Issue 1, January 2020, Pages 4–22, https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz180
4. Amiot A, Viennot S, Uzzan M, Riviere P, Le Cosquer G, Yzet C, Biron A, Gilletta C, Abitbol V, Vuitton L, Nachury M, Simon M, Remy AJ, Nahon S, Faure P, Guillo L, Wils P, Brixi H, Bourrier A, Serrero M, Caillo L, Bouguen G, Laharie D. Recommandations de pratique pour le diagnostic et la prise en charge de la rectocolite hémorragique (version longue). Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2022 ; 29 : e297-e351. doi : 10.1684/hpg.2022.2336

Molécule	5-ASA*		Budésonide	Corticoïdes Systémiques**	Thiopurines (Azathioprine et 6-Mercaptopurine)	Méthotrexate
Mode d'action	Agoniste de PPAR-γ		Glucocorticoïde à libération intestinale	Glucocorticoïde	Inhibition du métabolisme des purines	Antagoniste de l'acide folique
Voie	Orale	Rectale	Orale	Orale ou IV	Orale	SC, IM ou Orale
Indications	RCH MC colique	RCH MC colique	MC iléale et grêlique	MC RCH	MC RCH	MC
Schéma d'administration	Attaque : 4g /jour ou 4,2g /jour Entretien : 2g/jour ou 2,4g/jour	1g /jour max Suppositoire ou Lavement	Attaque : 9 mg par jour Avec décroissance progressive mensuelle par palier de 3 mg	Uniquement en attaque PO 40 mg à 1 mg/kg par jour Décroissance rapide hebdomadaire par palier de 10mg ou 5 mg IV 0,8 mg/kg/jour	Azathioprine : 2 - 2,5 mg/kg/jour 6-Mercaptopurine : 1 - 1,25mg/kg/jour Demi-dose possible en combothérapie avec une biothérapie	25 mg par semaine Possibilité de diminuer à 10 mg par semaine Demi-dose possible en combothérapie avec une biothérapie
Effets secondaires/ Précautions	• Néphropathie interstitielle rare : Protéinurie et créatinine tous les 6 mois en théorie • Pancréatite rare • Grossesse : Max 2 g/jour		Effets secondaires systémiques possibles en particulier chez les personnes âgées avec des comorbidités en cas d'exposition prolongée	Relais par hydrocortisone en cas de traitement > 3 mois Effets secondaires • Ostéoporose • Carence Vit D • Troubles de l'humeur • Diabète • Hypokaliémie	• Déficit en TPMT à rechercher • EBV négatif Contre-indication relative aux thiopurines • Cytopénies : NFS 1x/sem pendant 1 mois puis 1x/ mois pendant 3 mois pui 1x/trimestre	Précautions • Supplémentation en Acide Folique à 72h de la prise • Cytopénies nécessitant une surveillance similaire aux Thiopurines Contre-indication • Insuffisance rénale sévère • Insuffisance hépatique sévère • Grossesse/ allaitement • Homme : à arrêter 3 mois avant conception

** Cas particulier de la salazopyrine non traité*
*** Cas particulier de la colite aiguë grave non abordé*

Molécule	Infliximab	Adalimumab	Golimumab	Vedolizumab	Ustekinumab	Tofacitinib
Mode d'action	Anti-TNFα			Anti-intégrine	Anti-IL-12/IL-23	Anti-JAK
Voie	IV et SC	SC	SC	IV et SC	IV puis SC	Orale
Indications	MC RCH	MC RCH	RCH	RCH MC	MC RCH	RCH
Schéma d'induction	IV 5 mg/kg S0, S2, S6 SC S0 et S2 en IV à 5 mg/kg Puis S6 en SC à 120 mg	S0 : 160 mg S2 : 80 mg S4 : 40 mg	S0 : 200 mg S2 : 100 mg	IV 300 mg S0, S2, S6 SC S0 et S2 en IV S6 en SC à 108 mg	IV < 55 kg : 260 mg 55 – 85 kg : 390 mg > 85 kg : 520 mg	10 mg x 2 par jour Pendant 8 semaines Si réponse insuffisante : 16 semaines
Entretien	IV Puis 5 mg/kg toutes les 8 semaines SC 120 mg toutes les 2 semaines	40 mg toutes les 2 semaines	< 80 kg : 50 mg > 80 kg : 100mg Toutes les 4 semaines	IV 300 mg toutes les 8 semaines SC 108 mg toutes les 2 semaines	SC Toutes les 8 à 12 semaines	5 mg x 2 par jour Si réponse insuffisante : 10 mg x 2 par jour
Optimisation	IV Jusqu'à 10mg/kg/4 semaines SC 240 mg/2 semaines	40 mg toutes les semaines	Pas d'AMM 50 mg ou 100 mg toutes les 2 semaines	300 mg toutes les 4 semaines	Pas d'AMM Possible toutes les 4 semaines Réinduction possible	Si réponse insuffisante : 10 mg x 2 par jour
Effets secondaires/ Précautions	• Allergie/ Immunisation • Infections communautaires (ex: pneumopathies) • Infections opportunistes (surtout en cas de combothérapie) • Cancers			Infections communautaires Infections digestives	Infections communautaires	Risque thrombo-embolique (surtout en induction) Zona

DIU de pathologies fonctionnelles digestives



Johanna POKOSSY EPEE

Avec un grand merci aux Pr Roman (service d'Explorations fonctionnelles digestives, CHU Edouard Herriot, Lyon) et Zerbib (service d'HGE, CHU Saint-André, Bordeaux) pour l'attentive relecture

Créé à l'initiative du Groupe Français de NeuroGastroentérologie (GFNG), ce DIU à destination des jeunes gastro-entérologues est actuellement coordonné par le Pr Sabine Roman (service d'Explorations fonctionnelles digestives, CHU Edouard Herriot, Lyon).

L'enseignement porte sur les aspects fondamentaux, les bases physiologiques, la physiopathologie, puis la prise en charge en pratique clinique quotidienne des pathologies fonctionnelles digestives, avec une importance particulière portée sur les indications, modalités pratiques de réalisation et d'interprétation d'examens paracliniques dont on a souvent entendu le nom sans les avoir jamais vus / pratiqués nous-même (manométrie haute résolution, pH-impédancemétrie, rééducation par biofeedback...).

Il est d'une grande utilité pour mieux se former et appréhender les pathologies fonctionnelles digestives, globalement peu ou non enseignées spécifiquement (que ce soit sur le plan théorique ou pratique) selon la subdivision, alors qu'il s'agit de pathologies fréquentes auxquelles nous serons confrontés, quel que soit notre mode d'exercice et notre sur-spécialisation (ou non).

Le DU est organisé en 60 heures de cours théoriques se déroulant en e-learning de novembre à mai et un stage d'observation de 40 heures dans un service pratiquant les explorations fonctionnelles digestives. Les cours sont divisés en 5 modules :

- Notions de base.
- Pathologies œsophagiennes.
- Pathologies gastriques et grêle, troubles digestifs associés à des pathologies systémiques (sclérodermie, diabète, pathologies neurologiques) et après chirurgie digestive.
- Syndrome de l'intestin irritable, douleurs abdominales fonctionnelles et ballonnements.
- Pathologie colique et périnéale : constipation et incontinence.

Les +

L'ouverture à un domaine dans lequel il n'est pas toujours facile de se former, car pas toujours accessible ; clarté, qualité et niveau des enseignements théoriques sur la physiologie puis des pathologies très différentes de celles que nous avons l'habitude de voir à l'hôpital en tant qu'internes, mais bien plus proches de nos futurs patients de consultation ; le stage qui n'est vraiment que pratique et donc très concret : on en ressort les idées plus claires et bien autonomisés vis-à-vis de la pratique et du matériel.

Les −

la nécessité d'un auto-financement (mais comme tous les DU/DIU) : coûts directs (DIU + frais de scolarité, environ 500€) + déplacement pour le stage pratique et les journées scientifiques du GFNG.

Infos pratiques

- **Date des inscriptions**
  Septembre – octobre 2023.
- **Modalités d'inscription**
  Via internet sur le site de la faculté de Bordeaux, de Rouen ou de Lyon (CV + lettre de motivation + DFGSM ou équivalent type attestation d'inscription en 3ème cycle des études médicales).
- **Lieu des cours**
  Tous les cours sont en e-learning.
- **Validation**
  Présentiel (stage d'observation) + validation des 5 modules en ligne + examen final de contrôle de connaissances (épreuve internet d'une heure) + participation à la réunion scientifique annuelle du Groupe Français de Neuro-Gastroentérologie (à noter pour les intéressés : cette réunion a lieu les 22 et 23 juin cette année, à Clermont-Ferrand).

La Formation Spécialisée Transversale (FST) de nutrition appliquée



Nicolas RICHARD

Les Formations Spécialisées Transversales (FST) sont des options qui permettent de compléter son cursus et d'acquérir une surspécialité. Elles doivent être réalisées pendant la phase d'approfondissement (entre la 2ème et 4ème année d'internat), sans ajout d'année supplémentaire pour notre spécialité. Il faut réaliser deux stages spécifiques, le plus souvent consécutifs pendant l'année d'inscription en FST. Chaque interne ne peut faire qu'une FST, et quatre sont accessibles pour notre spécialité : cancérologie adulte, nutrition appliquée, addictologie et soins palliatifs. Pour mémoire, ces FST remplacent les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires ou DESC qui étaient réalisés avant la réforme du 3e cycle.

Au quotidien, en particulier en hospitalisation, une part importante de nos patients sont dénutris du fait de leur pathologie digestive. Certains d'entre eux requièrent une prise en charge « classique » visant à dépister cette dénutrition et à la corriger par l'utilisation d'un enrichissement alimentaire ou d'un support de nutrition entérale. Pour une frange de patients plus complexes, une prise en charge nutritionnelle avancée sera nécessaire. La nutrition appliquée comprend par exemple l'alimentation parentérale au long cours en cas de syndrome du grêle court, la gestion de l'alimentation et des pathologies fonctionnelles digestives après chirurgie bariatrique, le suivi nutritionnel en cas de pancréatite chronique, etc. Concrètement, cette FST permet d'acquérir des connaissances diagnostiques complémentaires en gastroentérologie sur les troubles du comportement alimentaire, la dénutrition ou le bilan nutritionnel. La FST de nutrition apporte également des connaissances thérapeutiques sur la prévention et le traitement des carences en situation spécifiques (cancérologie, cirrhose, malabsorption) ainsi que sur la prescription de l'alimentation entérale et parentérale. Enfin, en pratique, cette FST permet aussi de constituer un réseau de correspondants afin de rendre plus concrète la prise en charge « globale » : diététiciens, médecins nutritionnistes, structures de soins et d'exercice physique adapté.

Comme pour les autres FST, deux parties :

- La partie théorique avec 57 modules de formation en e-learning, une dizaine de cours en distanciel et deux jours de formation en présentiel.
- La partie pratique avec validation de deux semestres dans un terrain de stage bénéficiant d'un agrément pour la FST de nutrition.

Pour valider la FST nutrition, il faut participer à l'évaluation nationale présentielle qui se déroule sur deux jours et au cours de laquelle des cas cliniques sont présentés par les étudiants et des conférences par les enseignants. Par ailleurs, à cette occasion, il conviendra de soutenir un mémoire basé sur une étude rétrospective ou prospective de préférence.

Comment s'inscrire ?

Il faut identifier et se rapprocher localement du coordinateur de la FST.

Pour plus d'informations

Le site web du collège des enseignants de nutrition https://vu.fr/Wqwz

Par mail : FST@college-nutrition.fr

L'Abécédaire d'endoscopie digestive



Johanna POKOSSY EPEE

Avec un grand merci
au Dr Sarah Leblanc,
au Pr Stanislas Chausade
et à Mme Hélène Fournier
pour la relecture

Tout interne de notre spécialité a besoin de se former en endoscopie : nous parlons souvent de la formation pratique (au bloc encadrés de confrères plus expérimentés, en simulation, ...)... mais elle est indissociable d'une solide formation théorique ! Aspect normal d'un examen, lésions sémiologiques élémentaires, fréquentes ou plus rares mais dont le diagnostic ne doit pas être manqué, identification des lésions bénignes, suspectes, recommandations de conduite à tenir selon les constats de l'examen endoscopique, ... sont autant de notions que l'on se doit de maîtriser.



Pour nous aider dans cette démarche d'apprentissage, la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) a crée **l'Abécédaire de l'Endoscopie Digestive**, un recueil gratuit de fiches synthétiques portant chacune sur un sujet précis : une pathologie, une technique, un type de dispositif médical, un produit, une classification, un score, ... Chaque fiche comporte les points essentiels à savoir, accompagnés d'iconographie ainsi que des principales références bibliographiques. Elles se veulent être avant tout pratiques.

L'Abécédaire de l'Endoscopie Digestive est disponible sous forme :

- Papier : le livre tient dans la poche d'une blouse, pratique ! Les fiches y sont classées par ordre alphabétique ;
- De version PDF du livre, qu'il est possible de télécharger depuis le site de la SFED ;
- D'application mobile (consultable même sans réseau !). Les fiches y sont répertoriées sous quatre onglets, « Gastro-Entérologues », « Gastro-Pédiatres », « Infirmier(e)s » et « Toutes ». Il est également possible de naviguer par recherche en texte libre à partir de mots-clés. L'application est disponible gratuitement sur le PlayStore et l'AppStore.





Ce travail est à l'initiative du Pr Stanislas CHAUSSADE (Service de Gastro-entérologie, Endoscopie et Oncologie digestives, CHU Cochin, APHP), coordonné par le Dr Sarah LEBLANC (Hôpital Mermoz, groupe GELMAD, Lyon), avec l'aide de nombreux rédacteurs et relecteurs ainsi que la contribution du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE), ceci avec le soutien des laboratoires Micro-tech.

Un grand merci à tous ces acteurs qui s'impliquent au quotidien avec pédagogie dans notre formation, pour nous la rendre toujours plus ludique et accessible au plus grand nombre !

NB : Les beaux jours arrivant, l'Abécédaire de l'Endoscopie Digestive va faire l'objet d'un nettoyage de printemps pour revenir actualisé et enrichi : si vous êtes motivés pour participer à son actualisation, n'hésitez pas à nous envoyer un mail à afihge@gmail.com

Mise au point sur l'œsophagite à éosinophiles



Nicolas RICHARD

Avec un grand merci au Dr Chloé Melchior (service d'Hépato-gastro-entérologie et Nutrition du CHU de Rouen)

Contexte épidémiologique

L'œsophagite à éosinophile (EoE) est une maladie de description récente dont les premiers cas ont été rapportés dans les années 70[1, 2]. Son incidence est estimée par une méta-analyse à 3,7 cas pour 100 000 personnes années et sa prévalence à 22,7 cas pour 100 000 personnes années avec une forte hétérogénéité[3]. Sur les deux dernières décennies, l'incidence de l'EoE est en forte augmentation. Cette augmentation d'incidence semble indépendante d'une amélioration du diagnostic (plus grand nombre de biopsies œsophagiennes, meilleure identification en anatomopathologie, ou d'un plus grand nombre d'examen)[4]. L'EoE est plus fréquente dans les pays occidentaux contrairement aux pays en développement, ou au Japon et à la Chine. Le pic d'incidence dans la tranche d'âge des 30-40 ans conduit à se demander si des modifications environnementales survenues il y a une cinquantaine d'années pourraient participer à la physiopathologie.

> L'EoE est une maladie de plus en plus fréquente.

Diagnostic

Les symptômes cliniques sont dominés par la dysphagie et les impactions alimentaires. Le diagnostic s'appuie sur la conjonction des symptômes cliniques, de l'aspect endoscopique et des résultats histologiques. De façon contre-intuitive, l'aspect endoscopique de l'œsophage est fréquemment décrit comme pathologique dans la littérature : dans une étude menée par des opérateurs entraînés, seuls 5 % des patients atteints d'EoE présentaient un aspect endoscopique normal[6]. Les signes endoscopiques incluent l'aspect annulaire ou pseudo-trachéal, la présence d'exsudats (dépôts blanchâtres), la présence de sillons longitudinaux, une disparition de la vascularisation visible (conséquence d'un œdème) ou une sténose œsophagienne et dans une moindre mesure une fragilité muqueuse et un rétrécissement de la muqueuse[6]. Sur les biopsies œsophagiennes, qui doivent être systématiques en cas de dysphagie à œsophage « normal », la présence de plus de 15 éosinophiles par champs à fort grossissement est une condition nécessaire au diagnostic. Étant donnée la répartition hétérogène des éosinophiles dans l'EoE, 6 à 8 biopsies sont nécessaires, prélevées au niveau de la portion distale et intermédiaire ou proximale de l'œsophage[7].

Le diagnostic différentiel principal de l'EoE est le reflux gastro-œsophagien (RGO) qui peut donner un infiltrat éosinophilique[8]. Les autres diagnostics différentiels incluent l'hypersensibilité médicamenteuse, la maladie de Crohn ou la gastro-entérite à éosinophiles.

Histoire naturelle

En l'absence de traitement, un tiers des patients atteints d'EoE présente une aggravation des symptômes de type dysphagie. En revanche, avec le temps, plus de trois quarts des patients présentent une aggravation de la fibrose de manière concomitante à la décroissance de l'infiltrat éosinophilique[4]. Toujours en l'absence de traitement, une sténose œsophagienne se développe chez 31 % des patients atteints d'EoE à 5 ans et chez 71 % d'entre eux à 20 ans sur la base d'une étude rétrospective suisse, sans influence du nombre d'éosinophiles par champs sur les biopsies œsophagiennes, ni de l'âge au diagnostic[5].

Chez l'enfant, une évolution indolente de l'EoE est fréquente puisque 47 à 96 % des enfants atteints d'EoE n'ont plus de symptômes à l'âge adulte sous couvert d'un recours hétérogène aux IPPs et aux corticoïdes[4].

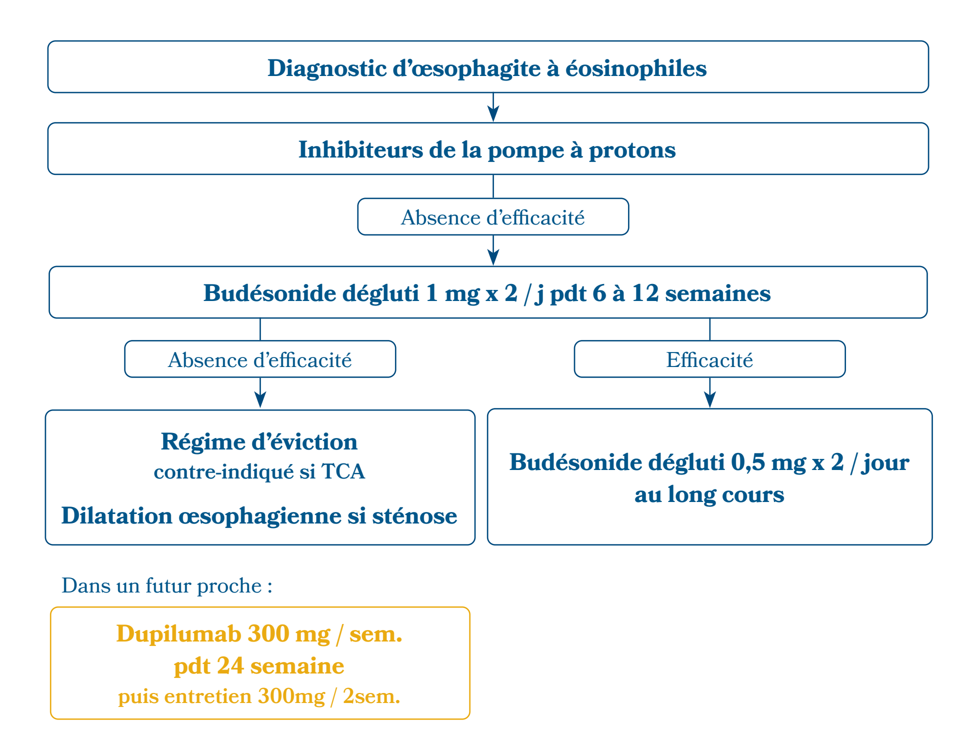
Traitement

L'objectif thérapeutique recommandé est le contrôle des symptômes (disparition de la dysphagie et des impactions alimentaires). Il est justifié par le risque d'apparition d'une sténose œsophagienne au cours de l'histoire naturelle en l'absence de traitement. Sans être explicitement énoncé dans les recommandations américaines de 2020, l'obtention de moins de 15 éosinophiles par champ est un objectif thérapeutique associé sur le long terme à moins de fibrose[9]. De ce fait, la répétition de l'endoscopie est une étape qui permet de répéter les biopsies et d'établir un critère objectif histologique sur les biopsies[10].

> Le traitement actuel repose sur les IPPs et le budésonide dégluti.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPPs) sont recommandés dans le traitement de première ligne de l'EoE d'une part du fait de leur facilité d'utilisation et d'autre part parce qu'ils permettent de traiter un éventuel RGO, diagnostic différentiel théorique[8, 10]. Les IPPs permettent une réduction des symptômes et de l'infiltrat d'éosinophilique chez 30 à 70 % des patients naïfs de traitement[4].

Ensuite, les corticoïdes topiques sont à privilégier (la corticothérapie systémique n'est pas recommandée)[10]. Ce traitement est plus facile à mettre en place en France depuis la sortie en pratique d'une forme galénique adaptée de Budésonide dégluti (Jorveza®). Le dosage pour le traitement d'induction est de 1 mg deux fois par jour. En l'absence d'amélioration symptomatique franche à 6 semaines, le traitement peut être poursuivi 12 semaines au total. L'effet secondaire principal du traitement est le développement d'une candidose.



Algorithme proposé de prise en charge de l'œsophagite à éosinophiles. *La mention dans un futur proche se réfère à l'absence d'AMM pour le dupilumab dans l'œsophagite à éosinophiles au moment de la rédaction. L'efficacité est jugée sur l'amélioration symptomatique, le contrôle endoscopique et histologique est conseillé sans être formellement recommandé10. j : jour, pdt : pendant, sem : semaine, TCA : trouble du comportement alimentaire*



Même si le traitement en cure courte peut permettre une amélioration symptomatique prolongée de plusieurs mois, à l'arrêt du Budésonide, deux tiers des patients récidivent au niveau clinique et histologique malgré une guérison initiale sous Budésonide[12, 13]. Pour cette raison, une fois la rémission symptomatique obtenue, un traitement d'entretien par une demi-dose de 0,5 mg deux fois par jour peut être proposée afin d'assurer la rémission clinique sur le long terme sur la base des recommandations européennes[14].

Le traitement nutritionnel est controversé et privilégié chez les patients allergiques. Il repose sur l'exclusion de 6 groupes d'aliments et leur réintroduction progressive de façon empirique afin d'identifier le groupe d'aliment à l'origine des symptômes. En pratique, les céréales (blé), les produits laitiers, les œufs, les légumineuses (haricots, lentilles, cacahuètes, noix, etc.), le soja, les poissons et fruits de mer sont exclus pendant 6 semaines avant réintroduction progressive[15]. Il est à noter que l'utilisation des IgE spécifiques n'est que peu utile dans ce contexte puisque la physiopathologie de la maladie fait intervenir une réaction dysimmunitaire allergique Th2 non IgE médiée[16]. Ce traitement nutritionnel contraignant est à éviter chez les patients avec un antécédent de trouble du comportement alimentaire du fait de son caractère restrictif. En population générale un suivi diététique est souhaitable pour s'assurer de l'absence de carence (en calcium notamment)[10].

Il n'y a pas de place pour le traitement endoscopique dans la prise en charge de l'EoE hormis en présence d'une sténose œsophagienne. Le risque principal est la perforation œsophagienne, estimée à 0,1 % dans ce contexte par une méta-analyse[17]. L'efficacité symptomatique, obtenue au prix de séances parfois répétées, est estimée à 75 % et potentiellement persistante plus d'un an même sans traitement médicamenteux[18].

> **“Le dupilumab a récemment montré son efficacité dans l'EoE résistante au budésonide.”**

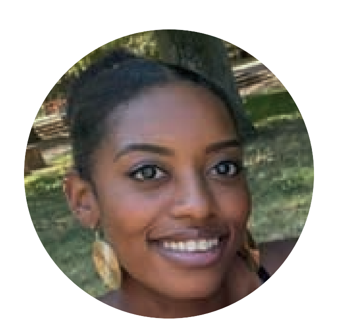
L'actualité dans l'EoE

Entre 5 et 40 % des patients atteints d'EoE ne répondent pas au traitement par corticoïde[8]. Pour ces patients, l'arrivée prochaine sur le marché du Dupilumab offre une nouvelle modalité de traitement en bloquant la signalisation de l'IL-4 et de l'IL-13. Le traitement s'administre en injection sous-cutanée hebdomadaire de 300 mg et permet une réponse histologique chez 3 patients sur 519. Les effets secondaires les plus souvent rapportés sont les érythèmes au point d'injection et les pharyngites. L'effet secondaire plus spécifique est la conjonctivite avec une incidence de 3 % environ[19]. Dans l'étude de phase III publiée en 2022, le traitement était administré pendant 24 semaines en induction puis pouvait être poursuivi à une dose de 300 mg toutes les 2 semaines en dose d'entretien[19]. Cependant le traitement n'a pas encore l'AMM en France dans cette indication et donc ne dispose toujours pas du remboursement.

Références

1. Dobbins JW, Sheahan DG, Behar J. Eosinophilic gastroenteritis with esophageal involvement. Gastroenterology. 1977;72(6):1312-1316.
2. Landres RT, Kuster GG, Strum WB. Eosinophilic esophagitis in a patient with vigorous achalasia. Gastroenterology. 1978;74(6):1298-1301.
3. Arias Á, Pérez-Martínez I, Tenías JM, Lucendo AJ. Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. Aliment Pharmacol Ther. 2016;43(1):3-15. doi:10.1111/apt.13441
4. Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and Natural History of Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterology. 2018;154(2):319-332.e3. doi:10.1053/j.gastro.2017.06.067
5. Schoepfer AM, Safroneeva E, Bussmann C, et al. Delay in diagnosis of eosinophilic esophagitis increases risk for stricture formation in a time-dependent manner. Gastroenterology. 2013;145(6):1230-1236.e1-2. doi:10.1053/j.gastro.2013.08.015
6. Hirano I, Moy N, Heckman MG, Thomas CS, Gonsalves N, Achem SR. Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic oesophagitis: validation of a novel classification and grading system. Gut. 2013;62(4):489-495. doi:10.1136/gutjnl-2011-301817
7. Liacouras CA, Furuta GT, Hirano I, et al. Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(1):3-20.e6; quiz 21-22. doi:10.1016/j.jaci.2011.02.040
8. Straumann A, Katzka DA. Diagnosis and Treatment of Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterology. 2018;154(2):346-359. doi:10.1053/j.gastro.2017.05.066
9. Rajan J, Newbury RO, Anilkumar A, Dohil R, Broide DH, Aceves SS. Long-term assessment of esophageal remodeling in patients with pediatric eosinophilic esophagitis treated with topical corticosteroids. J Allergy Clin Immunol. 2016;137(1):147-156.e8. doi:10.1016/j.jaci.2015.05.045
10. Hirano I, Chan ES, Rank MA, et al. AGA Institute and the Joint Task Force on Allergy-Immunology Practice Parameters Clinical Guidelines for the Management of Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterology. 2020;158(6):1776-1786. doi:10.1053/j.gastro.2020.02.038 (recommandations américaines)
11. Straumann A, Lucendo AJ, Miehlke S, et al. Budesonide Orodispersible Tablets Maintain Remission in a Randomized, Placebo-Controlled Trial of Patients With Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterology. 2020;159(5):1672-1685.e5. doi:10.1053/j.gastro.2020.07.039
12. Miehlke S, Hruz P, Vieth M, et al. A randomised, double-blind trial comparing budesonide formulations and dosages for short-term treatment of eosinophilic oesophagitis. Gut. 2016;65(3):390-399. doi:10.1136/gutjnl-2014-308815
13. Straumann A, Conus S, Degen L, et al. Long-term budesonide maintenance treatment is partially effective for patients with eosinophilic esophagitis. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc. 2011;9(5):400-409.e1. doi:10.1016/j.cgh.2011.01.017
14. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. United Eur Gastroenterol J. 2017;5(3):335-358. doi:10.1177/2050640616689525 (recommandations européennes)
15. Lucendo AJ, Arias Á, González-Cervera J, et al. Empiric 6-food elimination diet induced and maintained prolonged remission in patients with adult eosinophilic esophagitis: a prospective study on the food cause of the disease. J Allergy Clin Immunol. 2013;131(3):797-804. doi:10.1016/j.jaci.2012.12.664
16. Simon D, Cianferoni A, Spergel JM, et al. Eosinophilic esophagitis is characterized by a non-IgE-mediated food hypersensitivity. Allergy. 2016;71(5):611-620. doi:10.1111/all.12846
17. Jacobs JW, Spechler SJ. A systematic review of the risk of perforation during esophageal dilation for patients with eosinophilic esophagitis. Dig Dis Sci. 2010;55(6):1512-1515. doi:10.1007/s10620-010-1165-x
18. Schoepfer AM, Gonsalves N, Bussmann C, et al. Esophageal dilation in eosinophilic esophagitis: effectiveness, safety, and impact on the underlying inflammation. Am J Gastroenterol. 2010;105(5):1062-1070. doi:10.1038/ajg.2009.657
19. Dellon ES, Rothenberg ME, Collins MH, et al. Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis. N Engl J Med. 2022;387(25):2317-2330. doi:10.1056/NEJMoa2205982 (article de phase III sur le durvalumab)

Les Universités d'endoscopie Junior de Limoges



Johanna POKOSSY EPEE

Avec un grand merci au Dr Jérémie ALBOUYS (CHU de Limoges) pour son attentive relecture

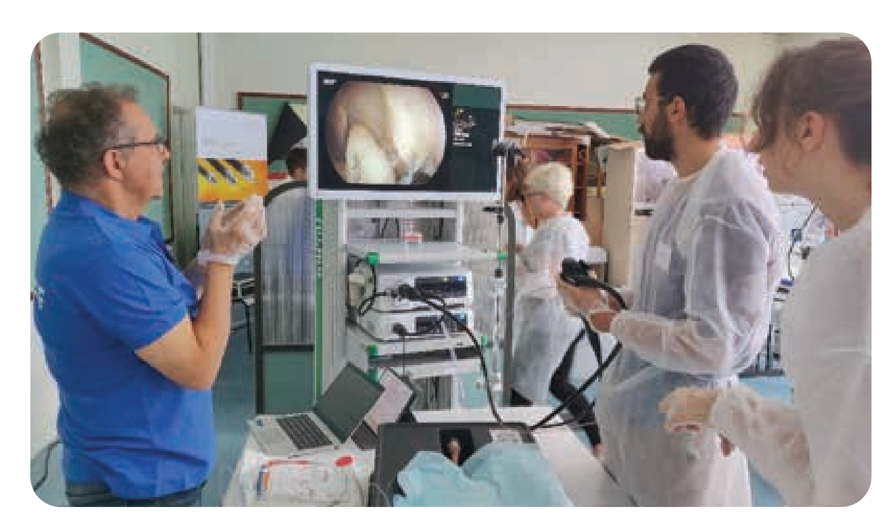
Chaque année depuis 2001 l'Institut de Formation de Recherche en Endoscopie Digestive (IFRED) organise au mois de juin à Limoges les Université d'endoscopie junior.

Ce sont deux jours de formation organisés par des seniors experts en Endoscopie et qui sont exclusivement réservés aux internes. Nous ne pouvons que vous recommander d'y participer au moins une fois au cours de votre internat (et autant de fois que possible si des places sont disponibles) car le format est totalement inédit : il n'y a aucun autre congrès ni aucune autre journée de formation où l'on a en tant qu'internes l'occasion de :

- Manipuler autant par soi-même : grâce aux formats des ateliers : il y a un senior expert d'endoscopie par stand, et à chaque stand se succèdent selon un ordre préétabli (vous ne rêvez pas, il n'y a pas de queue) des groupes de 3 internes qui manipulent chacun leur tour. L'objectif de ces journées est de nous faire pratiquer au maximum : chaque interne manipule lors de chaque atelier et passe successivement par tous les ateliers disponibles.
- Revoir les bases : réapprendre à se positionner correctement, à boucler le moins possible, déboucler, instrumenter, ...
- Apprendre ou réviser des gestes que l'on n'a pas toujours énormément l'occasion de réaliser en tant qu'internes : pose de prothèse œsophagienne, duodénale, colique, gastrostomie, prothèse Danis®, OVESCO, radiofréquence...
- Gagner en dextérité, en s'entraînant avec des outils qui ne sont pas forcément accessibles dans toutes les villes (ex : la skillbox® qui fera de vous l'expert des manipulations en rétrovision, pour ne citer qu'elle).
- L'occasion d'essayer des dispositifs innovants, qui parfois ne sont même pas encore disponibles dans nos CHU !
- L'occasion de s'entraîner sur des modèles et simulateurs : synthétiques, végétaux et même... humains (pour l'échographie... bien entendu pas pour la procto !).
- Le tout ponctué de rappels théoriques, toujours très visuels, mêlant tableau, iconographies, vidéos, ...

C'est également l'occasion de faire de belles rencontres, avec des internes et des chefs experts en endoscopie d'autres régions, dans un cadre très agréable en plein été, what else ?

En prévision des gardes et astreintes du prochain semestre, vous pouvez déjà bloquer la date : cette année les Universités d'Endoscopie auront lieu les 29 et 30 juin 2023 !



Vous trouverez de plus amples informations (notamment pour les inscriptions) sur le site de l'événement : **www.universites-endoscopie.org**

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à envoyer un email à l'adresse : **universites.endoscopie@meeting-pro.com**



Les démarches pour remplacer

Clémence DESCOURVIÈRES

Tu souhaites découvrir le monde du libéral ou remplacer à l'hôpital ? C'est possible dès l'internat !

Pour cela il faut :

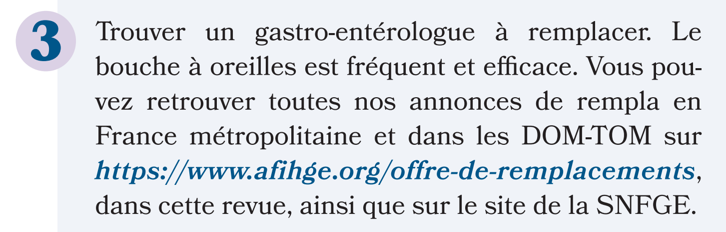


1. Avoir validé au moins 5 semestres d'internat, dont le semestre d'endoscopie et se sentir autonome pour effectuer des consultations +/- endoscopies sans supervision.

2. Obtenir ou renouveler chaque année sa licence de remplacement, auprès du conseil de l'Ordre des médecins de votre département. ➔

Documents nécessaires pour obtenir sa licence de remplacement

1. Formulaire de licence de remplacement de l'Ordre des médecins de votre département (disponible sur internet).
   + photo d'identité.
2. Attestation de la Faculté de Médecine énumérant l'ensemble des semestres validés.
3. Attestation de responsabilité civile et professionnelle.
4. Certificat d'inscription pour l'année en cours de la Faculté de médecine.
5. CV.



3. Trouver un gastro-entérologue à remplacer. Le bouche à oreilles est fréquent et efficace. Vous pouvez retrouver toutes nos annonces de rempla en France métropolitaine et dans les DOM-TOM sur *https://www.afihge.org/offre-de-remplacements*, dans cette revue, ainsi que sur le site de la SNFGE.



4. Rédiger avec le médecin remplacé un contrat de remplacement, notamment sur la durée et les modalités (dont la rémunération). Elle est la plupart du temps à type de rétrocession du chiffre d'affaire du médecin remplacé (60-70 % en général, plus rarement 80 %).

5. Se déclarer auprès de l'URSAFF : il existe une offre simplifiée pour les jeunes médecins remplaçants encore étudiants avec des honoraires rétrocédés < 19 000€ par an : *https://www.medecins-remplacants.urssaf.fr/accueil.*
   Il y a une cotisation annuelle forfaitaire risque invalidité décès de 158 ou 631 € et un taux unique de cotisation à 13,50 %.

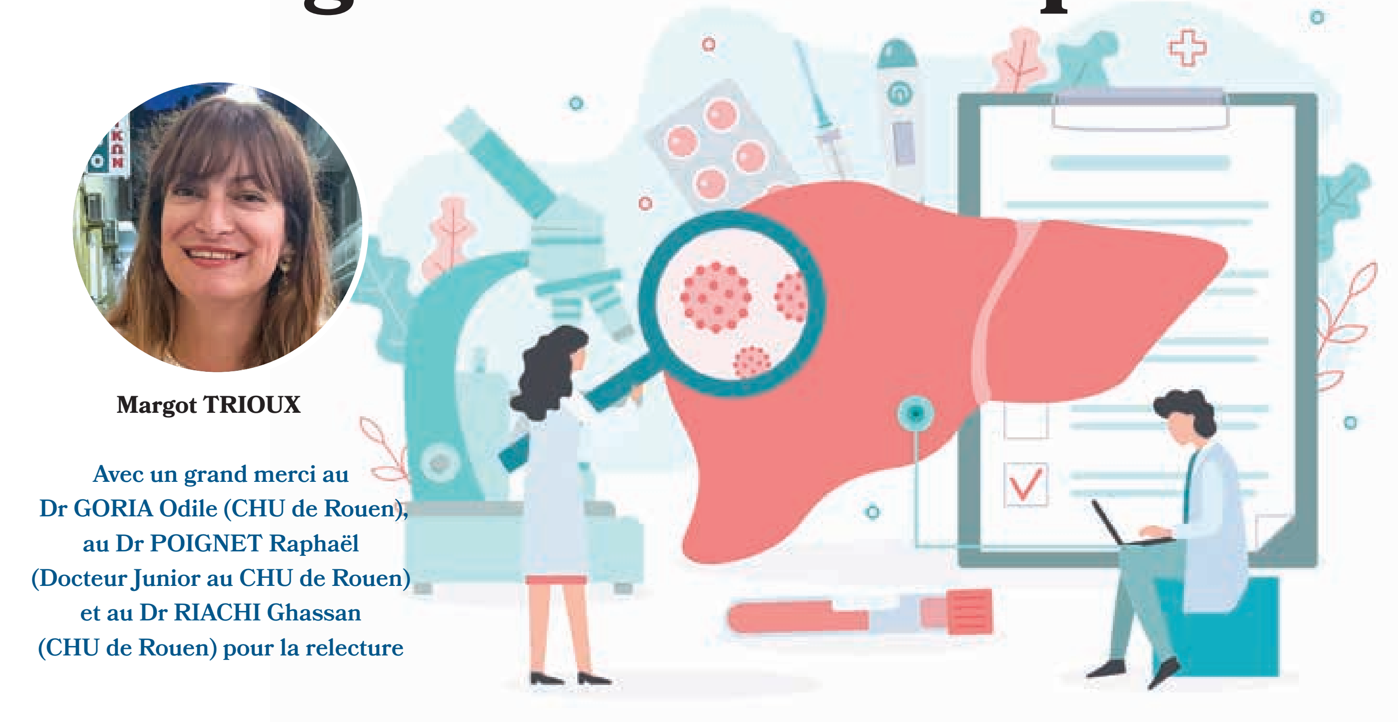
6. À partir de 30 jours de remplacement annuels : s'inscrire à la CPAM.

NB : pas besoin d'inscription à la CARMF dans le cas d'honoraires rétrocédés < 19 000€/an.

Enfin, pour la suite, et notamment pour bien choisir son installation, voici le lien du replay de la soirée organisée par Norgine à laquelle nous avions participé : Jeunes gastro-entérologues : les clés pour une bonne installation avec le Dr Marion Schaefer, PH à Nancy et le Dr Le Cloarec, gastro-entérologue à la clinique de Narbonne : https://cutt.ly/b3LaTld



Prise en charge endovasculaire d'une insuffisance hépatique aiguë sur syndrome de Budd-chiari aiguë sur chronique



Margot TRIOUX

Avec un grand merci au Dr GORIA Odile (CHU de Rouen), au Dr POIGNET Raphaël (Docteur Junior au CHU de Rouen) et au Dr RIACHI Ghassan (CHU de Rouen) pour la relecture

Mots-clés : Syndrome de Budd Chiari, Maladie de Vaquez, Insuffisance hépatique aiguë, TIPS
Keywords : Budd-Chiari syndrome, Vaquez disease, acute liver failure

Résumé

Le syndrome de Budd-Chiari chronique correspond à l'obstruction d'une ou plusieurs veines sus-hépatiques. Il se manifeste parfois par un syndrome de Budd-Chiari aigu où l'obstruction des trois veines sus-hépatiques survient de façon simultanée, sans maladie hépatique sous-jacente. Il est caractérisé par la survenue d'une insuffisance hépatique sévère voire grave en quelques jours. Le TIPS est le traitement de référence pour diminuer de façon rapide l'hypertension portale.

Nous rapportons ici le cas d'un patient de 34 ans suivi pour un syndrome de Budd-Chiari chronique sur maladie de Vaquez. Il a présenté de façon brutale une insuffisance hépatique aiguë grave. Le scanner TAP injecté retrouvait une thrombose des trois veines sus-hépatiques confirmant le diagnostic de syndrome de Budd-Chiari aigu sur chronique. L'évolution fut favorable après la pose d'un TIPS.

La dégradation aiguë de la fonction hépatique chez un patient suivi pour un syndrome de Budd-Chiari chronique doit donc faire suspecter la thrombose simultanée des trois veines sus-hépatiques malgré un traitement de la maladie optimal et faire discuter la pose d'un TIPS en urgence.

Introduction

Le syndrome de Budd-Chari chronique est défini par l'obstruction du drainage veineux hépatique (des veinules hépatiques jusqu'à la partie terminale de la veine cave inférieure) quelle que soit la cause de l'obstruction. Il peut être primitif ou secondaire. La forme la plus fréquente reste la forme primitive avec comme principale cause les syndromes myéloprolifératifs (maladie de Vaquez, thrombocytémie essentielle et myélofibrose). Ils doivent être systématiquement recherchés. Les autres causes sont l'hémoglobinurie paroxystique nocturne, le syndrome des anti-phospholipides, la prise d'oestroprogestatifs ou encore la grossesse et le post-partum.

Un syndrome de Budd-Chiari chronique doit être systématiquement recherché devant la présence de la triade douleurs abdominales hautes-ascite-hépatomégalie, que ce soit dans le bilan de maladie chronique du foie, lors d'une insuffisance hépatique fulminante ou dans le suivi des syndromes myéloprolifératifs. Chez 25 % des patients, il reste asymptomatique.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence en échographie-doppler, en TDM ou IRM hépatique, de l'obstruction d'une ou plusieurs veines sus-hépatiques. Cette obstruction est certaine lorsque le flux est stagnant voire inversé ou qu'une circulation collatérale est mise en évidence.
L'obstruction veineuse hépatique a comme conséquence un syndrome phlébitique (fièvre, douleurs et syndrome inflammatoire biologique), une augmentation de la pression sinusoïdale à l'origine de l'hypertension portale (ascite, insuffisance rénale secondaire, circulation veineuse collatérale) et d'une diminution de perfusion hépatique entraînant une insuffisance hépatique progressive. De là découlent les principales complications : ascite, hémorragie digestive, thrombose porte et carcinome hépato-cellulaire.

Le traitement du syndrome de Budd-Chiari chronique repose sur la prévention de la récidive par des anticoagulants (HBPM puis AVK), la prise en charge de l'hypertension portale (diurétiques, béta-bloquants et/ou ligatures de varices œsophagiennes), le traitement de la maladie causale si celui-ci est possible, ainsi que la reperméabilisation des voies de drainage veineux obstruées. Celui-ci est assuré principalement par l'angioplastie chez les patients avec une sténose des veines sus-hépatiques ou une sténose cave. Si échec ou si les patients ne sont pas candidats à la recanalisation, se discute alors la pose d'un TIPS. En cas d'échec de ce dernier, la transplantation hépatique reste le traitement de référence.

> « Le diagnostic repose sur la mise en évidence en échographie-doppler, en TDM ou IRM hépatique. »

Le syndrome de Budd-Chiari aigu sur chronique est caractérisé par la constitution en quelques jours d'une insuffisance hépatique parfois sévère voire fulminante / sub-fulminante. Cette entité rare correspond à l'obstruction simultanée des trois veines sus-hépatiques en l'absence de maladie hépatique sous-jacente. Il existe une hépatomégalie et des transaminases élevées supérieures à 5 fois la normale sans dysmorphie hépatique. Une ascite et une insuffisance rénale sont très fréquentes. Le traitement de référence est la pose de TIPS voire la transplantation hépatique si échec de celui-ci.

Le shunt porto-cave intra-hépatique, communément appelé TIPS, est une anastomose entre une branche de la veine porte et une des veines sus-hépatiques permettant de rétablir une pression normale dans le système porte. Ce shunt traite ainsi les complications liées à l'hypertension portale. En effet, dans le syndrome de Budd-Chiari aigu, l'obstruction des trois veines sus-hépatiques empêche tout drainage hépatique, à l'origine d'une insuffisance hépatique sévère.

Résultats/Rapport de cas

Nous rapportons le cas d'un homme de 34 ans suivi pour un syndrome de Budd-Chiari compliquant une maladie de Vaquez. Le diagnostic a été posé en mai 2022, avec mise en évidence à l'échographie-doppler d'une thrombose des veines hépatiques droite et gauche avec cliniquement un syndrome œdémato-ascitique associé à une thrombose veineuse surale droite et une embolie pulmonaire bilatérale non grave. Le bilan étiologique avait retrouvé un syndrome myéloprolifératif type Maladie de Vaquez avec Jak2 positif pour lequel il était traité par saignées hebdomadaires et HYDREA avec relais par PEGASYS depuis septembre 2022, ainsi qu'une anticoagulation par COUMADINE.

En novembre 2022 : apparition d'un syndrome pseudo-grippal, diarrhée glairo-sanglante associée à des douleurs abdominales et décompensation œdémato-ascitique. À la biologie, le patient présente un syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocy-

tose à 16 G/L et CRP à 76 mg/L) et une perturbation du bilan hépatique pour lequel il a été hospitalisé en hépatologie au CHU de Rouen. Réalisation d'un bilan infectieux (PCR Covid et VRS, PCR VHE, PCR CMV, IgM anti-VHA, sérologies VIH, VHC et VHB, coprocultures, ECBU et hémocultures) revenu négatif. L'échographie abdominale montre une thrombose des veines hépatiques droite et gauche (déjà connue) sans autre anomalie. La veine hépatique moyenne restait perméable.

Transfert à l'hôpital Beaujon devant la dégradation majeure de la fonction hépatique (TP à 11 %, encéphalopathie hépatique de grade II et tableau d'anasarque) faisant craindre une thrombose de la veine hépatique moyenne motivant un transfert en réanimation hépatique. Mise en évidence au scanner TAP de la thrombose des trois veines sus-hépatiques. Pose d'un TIPS en urgence après réalisation d'une ETT pré-TIPS pour éliminer une éventuelle contre-indication.

Amélioration progressive de la fonction hépatique constatée avec un TP de sortie de réanimation à 42 %, une encéphalopathie bien contrôlée sous DUPHALAC et TIXTAR et régression des œdèmes sous diurétiques. L'échographie-doppler post-TIPS montrait un TIPS perméable, avec une bonne tolérance clinique sans signe d'insuffisance cardiaque.

Conclusion

Le syndrome de Budd-Chiari aigu sur chronique reste une entité rare mais sa gravité à l'origine d'une insuffisance hépatique aiguë oblige à le connaître.

La dégradation de la fonction hépatique doit toujours faire suspecter ce syndrome même si l'observance du traitement anticoagulant et celui de la maladie causale reste optimale. Le diagnostic se fait par la mise en évidence d'une obstruction simultanée des trois veines sus-hépatiques à l'imagerie abdominale (échographie-doppler, TDM ou IRM hépatique).

Le traitement de choix reste le TIPS. Si échec, la transplantation hépatique sera à envisager en l'absence de complications.

Déclarations de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. *Syndrome de Budd-Chiari, POST'U 2016, Aurélie Plessier.*
2. *Ludwig J, Hashimoto E, McGill D, Heerden Jv. Classification of hepatic venous outflow obstruction:ambiguous terminology of the Budd-Chiari syndrome. Mayo Clin Proc 1990.*
3. *Parker RGF. Occlusion of the hepatic veins in man. Medicine (Baltimore) 1959.*
4. *Valla D, Benhamou JP. Obstruction of the hepatic veins or suprahepatic inferior vena cava. Dig Dis 1996.*
5. *Deniè C, Zeitoun G, Azar N, El Younsi M, Hadengue A, Boudet MJ, Hay JM, et al. Acute Budd-Chiari syndrome:spontaneously reversible exacerbation of hepatocellular necrosis but bad long term prognosis. Hepatology 1995.*
6. *Dilawari JB, Bambery P, Chawla Y, Kaur U, Bhusnurmath SR, Malhotra HS, Sood GK, et al. Hepatic outflow obstruction (Budd-Chiari syndrome). Experience with 177 patients and a review of the literature. Medicine (Baltimore) 1994.*
7. *Murad SD, Valla DC, de Groen PC, Zeitoun G, Hopmans JA, Haagsma EB, van Hoek B, et al. Determinants of survival and the effect of portosystemic shunting in patients with Budd-Chiari syndrome. Hepatology 2004.*
8. *Fatimaezzahra Benali et al. Budd-Chiari primitif : défi diagnostique et thérapeutique. Pan African Medical Journal. 2020.*





GRAND PRIX CAS CLINIQUE JCHB 2023

Chers tous, chères toutes,
Pour la 4e année, les journées du Centre-Hépato-Biliaire proposent de récompenser trois internes pour la présentation d'un cas clinique, assortie d'une revue de la littérature.
En 2022, la lauréate était Pauline Bourdeleau, internes des Hôpitaux de Paris, avec un cas de cholangiocarcinome de novo après transplantation pour cholangite sclérosante primitive.

L'originalité du cas présenté, la clarté de la présentation et l'exhaustivité de la recherche bibliographique seront les 3 axes qui permettront de sélectionner les lauréats.
Le gagnant pourra présenter son cas lors des JCHB 2023. Il recevra un prix de 300 euros et une inscription gratuite pour les JCHB 2024. Les deuxième et troisième recevront un prix sous forme d'un cadeau, ainsi qu'une inscription gratuite pour les JCHB 2024.
La remise des prix se déroulera lors du congrès JCHB le 30 juin 2023 à Paris.

Nous vous accueillerons avec plaisir et bienveillance pour un moment d'échange convivial. N'hésitez pas à participer et à diffuser à tout(e) jeune hépatologue susceptible d'être intéressé(e) !

Dr Clémentine Roger, Dr Eleonora De Martin, Dr Audrey Coilly et l'équipe du Centre Hépato-Biliaire

Principes de participation

Thématique : Hépatologie et transplantation hépatique.

Eligibilité : Le participant doit être un jeune hépatologue interne (DES, FFI, DFMS ou DFMSA) ou chef de clinique ou assistants.

Règles de soumission : Le cas clinique doit être présenté sous forme de PowerPoint (20 diapos maximum). Le PowerPoint doit contenir des hypothèses diagnostiques, la prise en charge et une courte bibliographie. Il doit présenter ainsi 3 questions à adresser à l'auditoire. Votre travail scientifique doit être envoyé par e-mail à :
clementine.roger@gmail.com, eleonora.demartin@aphp.fr et audrey.coilly@aphp.fr

Date limite de soumission : Dimanche 14 mai minuit. Après cette date, aucune candidature ne pourra être étudiée.

Règles d'évaluation : Le cas clinique sera évalué selon les critères suivants :
- Clarté et organisation de la présentation.
- Qualité des données cliniques et analytiques fournis, qui doivent être suffisants et appropriés pour la compréhension du cas.
- Revue bibliographique.
- Points d'enseignement clair et utile pour la pratique clinique.

Notifications : Le comité scientifique sélectionnera les 3 meilleurs cas cliniques. Vous serez informé de la sélection de votre travail par email. Les résultats de la sélection seront annoncés le 31 mai. Soumettre un cas clinique vous donnera l'opportunité de présenter votre travail lors de journées scientifiques.



QUIZ time

Quelques quiz de proctologie


Mélanie DRAULETTE

Jeune-gastroentérologue en milieu d'internat, tu le lances courageusement et plein d'entrain dans ta première semaine de remplacement ! C'est l'occasion pour toi d'accroître tes connaissances, d'avoir une première approche de l'activité libérale mais aussi (car il faut bien être honnête...) d'arrondir ta fin de mois en vue des prochaines vacances au ski... Quelles que soient tes motivations, tu te lances !



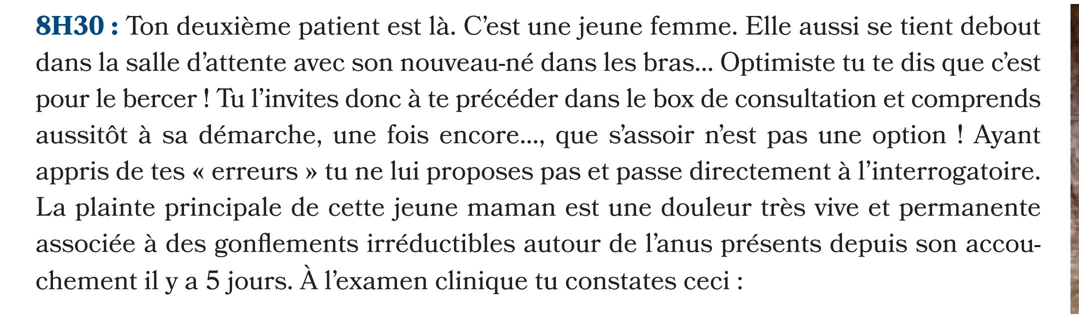
8H15 : Ton premier patient arrive. Tu es immédiatement frappé par sa démarche : il dandine, est très crispé en rapport de toute évidence avec une douleur intense mêlée à une gêne difficile à dissimuler. Tu lui proposes aimablement de s'assoir, petit rictus nerveux suivi d'un refus catégorique ! Tu te crispes à ton tour et comprends immédiatement la thématique de la consultation...
Tu ne perds pas de temps et passe à l'interrogatoire. Le patient décrit une boule périanale apparue brutalement il y a 48h, responsable d'une douleur vive et permanente. Voici les constatations de ton examen clinique :

Question 1

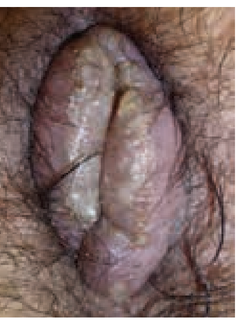
A. La douleur correspondant à cette pathologie proctologique fréquente est typiquement pulsatile et insomniante.
B. Une incision sous AL en urgence est indiquée afin de soulager le patient.
C. Un traitement médical est recommandé en première intention.
D. Une antibiothérapie systémique est indiquée.
E. Les AINS sont formellement contre-indiqués au vu du risque de cellulite.

Réponse : C

L'interrogatoire est une étape essentielle de la consultation à ne pas négliger. Il permet tout d'abord d'instaurer un climat de confiance entre le patient et le praticien ce d'autant que vous allez examiner une région intime de l'anatomie de vos patients. Il permet également, à lui seul, de poser une hypothèse diagnostique qui sera confirmée ou non par l'examen clinique.
Il s'agit ici d'une thrombose hémorroïdaire externe (THE) à ne pas confondre avec un abcès de la marge anale, principal diagnostic différentiel à éliminer formellement avant toute prescription d'AINS (cf. ci-dessous) !



8H30 : Ton deuxième patient est là. C'est une jeune femme. Elle aussi se tient debout dans la salle d'attente avec son nouveau-né dans les bras... Optimiste tu te dis que c'est pour le bercer ! Tu l'invites donc à te précéder dans le box de consultation et comprends aussitôt à sa démarche, une fois encore..., que s'assoir n'est pas une option ! Ayant appris de tes « erreurs » tu ne lui proposes pas et passe directement à l'interrogatoire. La plainte principale de cette jeune maman est une douleur très vive et permanente associée à des gonflements irréductibles autour de l'anus présents depuis son accouchement il y a 5 jours. À l'examen clinique tu constates ceci :

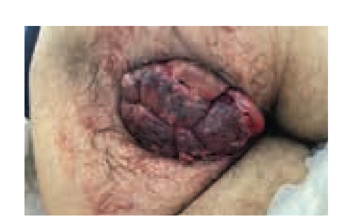


Question 2

A. Ton diagnostic est posé par l'inspection, tu ne tortures pas la patiente avec un examen proctologique en période aiguë.
B. Tu retiens l'indication d'une hémorroïdectomie par Milligan et Morgan en urgence.
C. Tu prescrits des corticoïdes tant que dure la douleur pour soulager cette patiente allaitante.
D. En bon proctologue que tu es, tu prescrits des laxatifs.
E. La pilosité de cette patiente t'inquiète grandement, tu l'envoies chez l'endocrinologue !

Réponses : A, D

Il s'agit d'une THE œdémateuse dont le diagnostic est clinique. Un examen proctologique avec toucher rectal et anuscopie n'est pas utile à la phase aiguë, il sera pratiqué à distance une fois la crise passée. Le traitement est médical. Un geste instrumental est contre-indiqué. Les AINS sont le traitement de choix et sont autorisés lors de l'allaitement (contre-indiqués pendant la grossesse à partir de 24SA).
La pathologie hémorroïdaire est fréquente au cours de la grossesse et du post-partum (8 à 38 % des femmes enceintes en souffrent, 20 % en post-partum). Les facteurs en causes sont multiples : hyperpression vasculaire pendant de la grossesse, modifications hormonales, constipation fréquemment associée, efforts de poussée lors de la délivrance. Un accouchement tardif (au-delà de 39,7 SA), un gros bébé et une première phase de travail prolongée sont d'autres facteurs de risque rapportés de THE.
La pilosité n'a rien à voir dans la physiopathologie de la pathologie hémorroïdaire. Je n'avais juste pas de photo de THE œdémateuse chez une femme dans mon stock... 😊



8H45 (car oui tu es à l'heure) : C'est au tour du troisième patient. Celui-ci arrive en rampant... Il s'installe tant bien que mal directement sur la table d'examen en position genupectorale, il a manifestement l'habitude de consulter le proctologue et te dit pour tout commentaire « je suis très constipé ». Voici le problème :

Question 3

A. Tu tombes dans les pommes.
B. Tu te dis que cette photo n'est de toute évidence pas prise en position genupectorale.
C. Tu poses le diagnostic de « cul en chou-fleur ».
D. Tu te dis que les chaises en salle d'attente quand on est proctologue c'est vraiment surfait !
E. Tu commences à aimer la proctologie car en vrai c'est vraiment sympa 😉

Réponses : B C D et E

Il s'agit ici d'un prolapsus hémorroïdaire interne circonférentiel thrombosé. Il se présente sous la forme d'une tuméfaction circonférentielle recouverte de muqueuse (ce qui la distingue de la THE), excessivement douloureuse, associée à un œdème réactionnel de coloration violacée voire noirâtre. Il survient souvent au décours d'un effort de poussée important. Peuvent se rajouter des rectorragies d'allure canalaire, un suintement fréquent dans les sous-vêtements et parfois de la fièvre (secondaire à l'inflammation). La prise en charge est médicale dans un premier temps. L'évolution est identique à la thrombose hémorroïdaire externe mais la résorption est en général plus longue. En cas d'échec du traitement médical optimisé (AINS, corticoïdes, antalgiques de pallier 2 et 3) et/ou apparition d'une nécrose extensive, un traitement chirurgical par hémorroïdectomie peut s'avérer nécessaire (rare en pratique).

LES HÉMORROÏDES

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires physiologiquement présentes au niveau du canal anal dès la vie embryonnaire. Irriguées par des branches des artères rectales supérieure (hémorroïdes internes) et inférieure (hémorroïdes externes), elles sont constituées de capillaires et de shunts artério-veineux qui se drainent directement dans les veines rectales supérieure (système porte), moyenne et inférieure (système cave). On distingue le réseau hémorroïdaire externe (situées en dessous de la ligne pectinée, sous la peau de la marge anale) et interne (situées dans la partie haute du canal anal).

LA PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE EXTERNE = thrombose (+/- œdémateuse)

Symptômes

- Douleur périanale, d'apparition brutale, permanente et intense associée à une tuméfaction.
- Signes non associés à la douleur de THE : caractère pulsatile et insomniant. Attention, dès l'interrogatoire ces symptômes doivent faire évoquer un abcès, l'un des diagnostics différentiels, qui contre-indique formellement la prescription d'AINS ! En cas de doute entre THE et abcès vous pouvez prendre une pompeuse et aspirer afin de voir si vous obtenez du sang (THE) ou du pus (abcès).

Examen clinique

- Tuméfaction bleuâtre douloureuse située sous la peau, au niveau de la marge anale dont la taille, l'étendue en circonférence, le nombre et l'œdème sont variables.



Traitement

Le traitement médical est toujours indiqué en première intention. Il a pour objectif de soulager des symptômes et prévenir la récidive.

- Antalgiques (paliers 1 à 3).
- AINS ou corticoïdes (arrêtés dès que la douleur a disparu, aucun intérêt de les poursuivre pour tenter de faire disparaitre la tuméfaction plus rapidement).
- Topiques associant dermocorticoïdes et anesthésiques locaux.
- Laxatifs.
- Phlébotoniques (rarement prescris en pratique courante).
- Régles hygiéno-diététiques.

En cas d'échec du traitement médical bien conduit, un traitement instrumental de type excision peut être proposé si la THE est non ou peu œdémateuse, unique avec un caillot bien palpable. L'incision n'est plus réalisée en pratique courante car susceptible d'aggraver la douleur et d'augmenter le risque d'avoir une marisque de la marge anale.

L'évolution naturelle de la THE est la résorption spontanée. La période douloureuse est en général limitée aux 2 à 5 premiers jours de la poussée. La tuméfaction met plus de temps à disparaitre, entre 1 à 6 semaines. Elle laisse parfois place à une excroissance cutanée appelée marisque.

À noter qu'il faut bien expliquer au patient qu'il peut y avoir des saignements à l'essuyage ou dans les sous-vêtements. Cela peut être dû à un phénomène de « sphacélisation ». En effet, on peut retrouver un cratère au niveau de la surface de la THE par lequel peuvent sortir des caillots et engendrer des saignements. Ces derniers étant une source d'inquiétude pour les patients !

Il n'y a aucun risque de complication telle que la migration d'un caillot, l'infection ou la transformation néoplasique.

LA PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE INTERNE = saignement, prolapsus, plus rarement thrombose

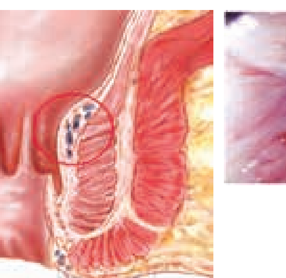
Symptômes

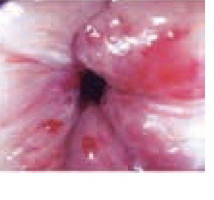
- **Rectorragies :** Sang souvent dans la cuvette avec une abondance variable (saignement minime, en goutte à goutte voire des saignements abondants « en robinet »). Le sang peut être retrouvé à l'essuyage. Ces rectorragies sont indolores et surviennent essentiellement lors de l'exonération. Elles peuvent engendrer des anémies pouvant être sévères dans certains cas.
- **Prolapsus :**
  - Unique ou multiple.
  - 4 stades selon la classification de Goligher (grade I = procidence des plexus hémorroïdaires au travers de l'anuscope, grade II = une procidence lors d'un effort de défécation se réintégrant spontanément, grade III = procidence nécessitant une réintégration manuelle, grade IV = procidence permanente non réductible).
  - Pouvant s'accompagner de saignements, de démangeaisons et de suintements notamment en cas de grade IV.
- **Douleur :** Se traduit le plus souvent par une sensation de gonflement / pesanteur intra-canalaire non rythmée par la défécation et intermittente. Il peut s'agir de douleurs plus intenses en cas de thromboses hémorroïdaires internes associées.
- **Prurit**

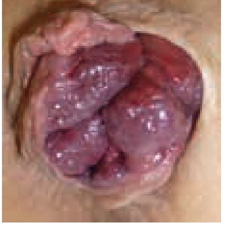


Examen clinique

- Aspect normal de la marge anale en cas de pathologie hémorroïdaire interne isolée sans prolapsus associé. En anuscopie, aspect congestif des plexus hémorroïdaires interne +/- bleutés en cas de thrombose associés.
- Prolapsus hémorroïdaire +/- extériorisé (Classification de Goligher).

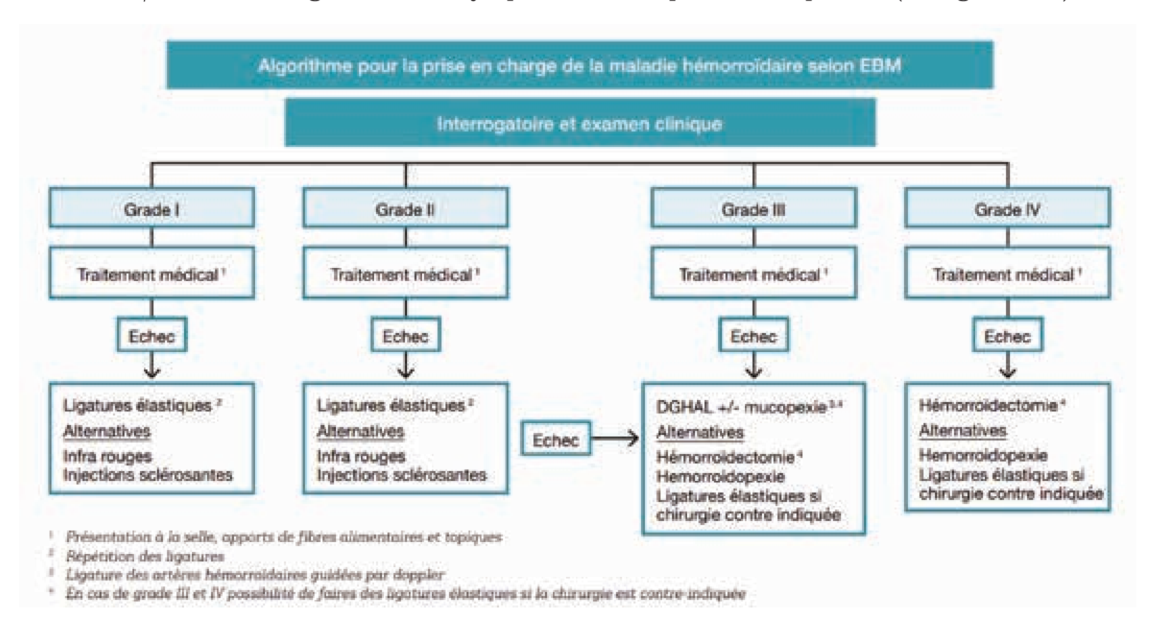






Traitement

La prise en charge thérapeutique fait appel au traitement médical (cf. traitement de la THE) aux techniques instrumentales et/ou à la chirurgie selon les symptômes et les plaintes du patient (cf. algorithme).



Algorithme pour la prise en charge de la maladie hémorroïdaire selon EBM

Références

- *European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Van Tol RR et al. Colorectal Disease 2020. doi:10.1111/codi.14975.*
- *Prise en charge de la maladie hémorroïdaire : recommandations européennes Postu 2021 Thierry HIGUERO.*
- *Deux visions des recommandations européennes sur la maladie hémorroïdaire La Revue Hémorroïdes, traitement selon les recommandations européennes de l'ESCP (snfcp.org).*
- *Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman. Gastroenterol Clin Biol 2008; 32(5 Pt 2): p. S210-4.*

Remerciements

Un très grand merci au Dr Amine ALAM (service de Proctologie, Hôpital Saint Joseph, Paris) pour sa relecture, et aux Dr Vincent de PARADES (chef du service de Proctologie Hôpital Saint Joseph, Paris) et au Pr Leon MAGGIORI (service de Chirurgie viscérale, Hôpital Saint Louis, Paris) pour leur contribution iconographique !



Questions d'hépato pour un champion : vrai ou faux ?

Avec un grand merci au Dr Odile GORIA (Service d'Hépato-gastroentérologie et Oncologie digestive, CHU de Rouen) pour la relecture

Antoine CORNE

L'HÉPATITE AUTOIMMUNE

A. Une élastométrie doit être effectuée à la recherche d'une cirrhose à la phase initiale, lorsque le diagnostic est suspecté.
B. La première ligne de traitement chez le patient cirrhotique est le BUDESONIDE.
C. En cas d'intolérance du traitement d'entretien par AZATHIOPRINE, on peut proposer une thérapie par Mycophenolate Mofétil (MMF).
D. La normalisation des IgG est un critère de rémission biochimique.
E. L'arrêt du traitement d'entretien est possible après un an de normalisation des transaminases.

A) FAUX

En cas de cytolyse marquée, l'élasticité du foie peut être surestimée.[1, 2]
L'élastométrie peut être proposée à distance du début du traitement lorsqu'une rémission biochimique est obtenue.
On retient alors un seuil de 16 kPA pour le diagnostic de cirrhose auto-immune.
La biopsie hépatique reste recommandée à la prise en charge pour confirmer le diagnostic et évaluer le stade de fibrose[3].

B) FAUX

Le BUDESONIDE (9mg/j) n'est pas recommandé chez le patient cirrhotique.
Bien que celui-ci représente une alternative au traitement par PREDNISONE ou PREDNISOLONE (0,5 à 1 mg/kg/j) en première ou en seconde intention chez le patient non cirrhotique, en raison d'une meilleure tolérance[4].

1. *Sagir et al., « Transient Elastography Is Unreliable for Detection of Cirrhosis in Patients with Acute Liver Damage ».*
2. *Acute viral hepatitis increases liver stiffness values measured by transient elastography - Arena - 2008 - Hepatology - Wiley Online Library.*
3. *EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis - Journal of Hepatology - 2015.*
4. *EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis - Journal of Hepatology - 2015.*



Chez les patients cirrhotiques Child A, on peut observer des concentrations sériques jusqu'à trois fois plus élevées que chez les patients sains s'expliquant plutôt en raison d'une diminution du métabolisme hépatique plutôt que par le shunt porto systémique[5].
Dans les hépatites sévères une corticothérapie IV par METHYLPREDNISOLONE peut être préférée.

C) VRAI

Le traitement d'entretien à proposer en première intention aux patients est bien l'AZATHIOPRINE.
Il est à débuter au moins deux semaines après l'introduction de la corticothérapie quand la bilirubinémie baisse à moins de 50 µmol/L.
La posologie initiale est de 50 mg/j à augmenter selon la tolérance et la réponse à une dose d'entretien de 1-2 mg/kg/j[6].

En cas d'intolérance du traitement par AZATHIOPRINE (pancréatite aiguë, cytopénies, intolérance digestive) on peut proposer au patient un traitement par Mycophenolate Mofétil (MMF).
Ce changement de ligne ne semble pas être une perte de chance pour le patient puisque Le MMF à la posologie de 500 mg matin et soir pourrait avoir une efficacité comparable à l'AZATHIOPRINE.
Le traitement par MMF exige une contraception efficace chez la femme en âge de procréer en raison de ses effets tératogènes. Il est incompatible avec l'allaitement.
Le MMF est surtout responsable de diarrhée.

D) VRAI

La normalisation des IgG, élevées dans le contexte d'hépatite auto-immune, est un des critères de rémission biochimique à obtenir avec la stricte normalisation des transaminases au cours du traitement[7].

E) FAUX

L'arrêt du traitement d'entretien n'est possible qu'après au moins 2 à 3 ans de réponse biochimique complète (rémission biochimique) et au moins 3 ans de traitement.
La biopsie hépatique n'est pas obligatoire avant l'arrêt du traitement si le patient est non cirrhotique, l'élastométrie normale et que le bilan hépatique et les IgG sont strictement normalisés depuis trois ans[8].

LES HÉPATITES VIRALES

A. Toutes les hépatites B chroniques doivent être traitées.
B. L'entécavir est un traitement de l'hépatite B chronique pouvant être utilisé chez le cirrhotique décompensé.
C. Il existe un vaccin efficace contre l'infection au VHD.
D. L'hépatite D dans le cadre d'une co-infection VHB-VHD est également traitée par l'entécavir et le ténofovir.
E. Le traitement d'une hépatite C'est possible chez un patient cirrhotique décompensé.

A) FAUX

Une infection chronique à VHB peut se classer selon les critères suivants :
- Y a-t-il une simple infection ou une hépatite associée ?
- Y a-t-il présence de l'antigène HBe ? (l'Ag HBe étant un des marqueurs de réplication virale).

5. *Geier et al., « Side effects of budesonide in liver cirrhosis due to chronic autoimmune hepatitis ».*
6. *Geier et al., « Side effects of budesonide in liver cirrhosis due to chronic autoimmune hepatitis ».*
7. *EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis - Journal of Hepatology - 2015.*
8. *EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis - Journal of Hepatology - 2015.*





On retrouve différentes formes d'hépatites B chroniques résumées de la manière suivante :

	Ag HBe positif		Ag HBe négatif	
	Infection chronique	Hépatite chronique	Infection chronique	Hépatite chronique
Ag HBs	Élevé	Elevé à intermédiaire	Faible	Intermédiaire
ADN VHB	> 10^7 UI/mL	10^4 à 10^7 UI/mL	< 2000 UI/mL	> 2000 UI/mL
ALAT	Normales	Elevées	Normales	Elevées
Maladie hépatique	Aucune à minime	Modérée à sévère	Aucune	Modérée à sévère
Ancienne termino-logie	Tolérant immunitaire	Inchangé : Hépatite chronique Ag HBe positif	Porteur inactif	Inchangé : Hépatite chronique Ag Hbe négatif

On retrouve le plus fréquemment des patients infectés VHB Ag HBe-/Ac HBe positifs.
Dans ce cas la distinction entre infection chronique et hépatite chronique est plus difficile et nécessite de répéter les dosages de charge virale et de transaminases.

D'après les recommandations de 2018 de l'EASL, un traitement du VHB doit être introduit dans les situations suivantes :
- Hépatite chronique avec :
  - ADN VHB ≥ 2000 UI/mL.
  - ALAT > N et/ou Fibrose ≥ 2.
- Hépatite B au stade cirrhose.
- ADN VHB > 20 000 UI/mL et ALAT > 2N quelque soit le stade de fibrose.
- Infection AgHBe + et âge > 30 ans.
- Infection AgHBe + ou -, avec antécédent familial de CHC[9].

B) VRAI

Parmi les traitements de l'hépatite B, sont principalement utilisés et ont l'AMM en France :
- Les Interféron alpha pegylé (le Peginterféron α-2a (Pegasys)) de forme sous cutanée.

Et les traitements per os (analogues nucléos(t)idiques) :
- L'entecavir (Baraclude®).
- Le tenofovir (Viread®).



9. *Lampertico et al., « EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the Management of Hepatitis B Virus Infection ».*

Molécule	PegINFα	Entécavir, Ténofovir
Forme	SC (une fois par semaine)	Orale (quotidienne)
Durée de traitement	48 Semaines	Poursuite jusqu'à la perte de l'Ag HbS (arrêt après quelques années discuté dans certains cas)
Tolérance	Faible (syndrome pseudo-grippal (fièvre, arthralgies, céphalées, frissons)	Bonne
Sécurité à long terme	Rarement persistance d'effet secondaires à l'arrêt du traitement (psychiatriques, neurologiques, endocrinologiques)	Probablement pas d'effets secondaires à long terme (incertitudes sur la fonction rénale et toxicité osseuse)
Contre indications	Importantes (cirrhose décompensées, comorbidités etc.)	Aucune (adaptation à la fonction rénale)
Mode d'action	Induction d'un contrôle immunitaire à long terme par un traitement à durée limitée	Inhiber la la réplication virale
Niveau de suppression virale	Modéré (panel de réponse variable)	Universellement élevé
Effet sur la perte de l'Ag HBe	Modéré, dépend des caractéristiques initiaux	Faible la première année, modéré sur traitement à long terme
Effet sur la perte de l'Ag HBs	Variable, dépend des caractéristiques initiaux	Faible, augmente progressivement avec la durée du traitement chez les patient avec HBe négatif, très faible chez les patients Ag Hbe négatifs
Risque de rechute après arrêt du traitement	Faible pour ceux ayant une réponse virale soutenue à 6-12 mois	Modéré si traitement de consolidation débuté après séroconversion HBeAg Elevé pour les malades Ag HBe négatifs
Règles d'arrêt anticipé	Oui	Non
Risque de développement de résistances virales	Non	Minimes à nulles

Entécavir, Tenofovir sont recommandés en traitement de première intention en monothérapie.

Les PegINFα peuvent être utilisés comme traitement initiaux dans les infection chroniques au VHB avec un Ag HBe faiblement ou modérément positif. L'extension du traitement à plus de 48 semaines pourrait être bénéfique chez les patients AgHBe négatifs.

Lamivudine, Adénofovir et Telbuvudine sont d'autres traitements non recommandés dans la cirrhose.

L'arrêt des traitements oraux est possible dans l'une des condition suivante :
- En cas de perte de l'Ag HBs avec ou sans la séroconversion Ac anti HBs.
- Chez les patients AgHBe positifs non cirrhotiques qui obtiennent une séroconversion stable de l'AgHBe, un ADN du VHB indétectable et qui terminent au moins 12 mois de traitement de consolidation. Surveillance étroite dans les suites.

Chez les patients AgHBe négatif non cirrhotiques qui décrochent une suppression virologique soutenue à long terme (≥3 ans). Surveillance étroite dans les suites en raison du risque de rechute[10].

C) VRAI

La vaccination contre le VHB protège de l'infection à VHD, en effet la présence de l'Ag Hbs est nécessaire au VHD afin de pouvoir synthétiser son enveloppe et d'infecter les hépatocytes.

10. *Lampwwertico et al.*





D) FAUX

Un traitement spécifique du VHD est indiqué chez tous les patients ayant de l'ARN VHD circulant.

Le VHD n'est pas traité par les analogues nucléos(t)idiques qui ne sont efficaces que sur le VHB.

Le traitement de première intention de l'hépatite delta repose sur les PEGα INF pendant 48 semaines avec une efficacité limitée à 20-25 % de réponses virologiques prolongées (PCR à 24 semaines de la fin du traitement) et les rechutes sont fréquentes[11].

Le Bulveritide est le traitement de seconde ligne du VHD dans les maladies hépatiques compensées. Il est utilisé en association avec un traitement antiviral B dans les cas où le traitement par PEGα INF est un échec ou mal toléré ou contre-indiqué. Il s'agit d'un traitement disponible en rétrocession hospitalière d'administration sous-cutanée quotidienne[12].

E) VRAI

En cas de cirrhose Child B la réponse virologique soutenue (ARN VHC indétectable après 12 semaines de traitement) pourrait améliorer l'hypertension portale, favoriser la recompensation et augmenter la survie.

Il existe peu d'études évaluant les traitements de l'hépatite C chez les patients cirrhotiques Child C décompensés.

Le traitement de ces patients est conseillé en lien avec des centres experts ayant un accès précoce à la transplantation hépatique.

Les inhibiteurs de protéase NS3-4A sont contre-indiqués dans la cirrhose décompensée.

Un traitement par EPCLUSA® (Sofosbuvir/Velpatasvir) est par exemple possible s'il est associé à de la Ribavirine (12 semaines au total).

À noter que les patients Child B ou C sans CHC ayant un score MELD ≥ 18-20 devraient être traités après transplantation. Le traitement se discuterait chez eux s'ils sont inscrits depuis plus de 6 mois sur liste de greffe[13].

LA TRANSPLANTATION HÉPATIQUE

A. La cirrhose d'origine éthylique sevrée, décompensée, représente en France la première indication de greffe hépatique.
B. La greffe hépatique nécessite une compatibilité donneur/receveur ABO et HLA.
C. Un score de MELD élevé supérieur ou égal à 20 dans le cadre d'une insuffisance hépatique aiguë indique une transplantation hépatique.
D. Un traitement immunosuppresseur par inhibiteur du mTOR (Sirolimus ou Everolimus) est moins néphrotoxique qu'un anticalcineurine (Tacrolimus ou Ciclosporine).
E. Il est possible de transplanter le greffon d'un patient Ac anti HBc positif.

A) FAUX

D'après le rapport de l'Agence de biomédecine de 2017 :
- 1374 personnes ont bénéficié d'une greffe hépatique (Soit une progression de plus de 18,3 % en 5 ans). Cependant persiste toujours un manque de greffons avec en 2017 un ratio de 2,4 receveurs pour 1 donneur.
- La survie des transplantés est en constante augmentation pour atteindre plus récemment 88,4 % de survie à un an.

11. *Yurdaydin et al., « Interferon Treatment Duration in Patients With Chronic Delta Hepatitis and Its Effect on the Natural Course of the Disease ».*
12. *Wedemeyer et al., « GS-13-Final results of a multicenter, open-label phase 2 clinical trial (MYR203) to assess safety and efficacy of myrcludex B in cwith PEG-interferon Alpha 2a in patients with chronic HBV/HDV co-infection ».*
13. *AFEF, « Recommandations sur la prise en charge de l'hépatite virale C Mars2017 ».*

- Les greffons proviennent majoritairement de donneurs décédés, en état de mort encéphalique. 561 greffons étaient issus de donneurs vivants. Ce chiffre a tendance à la baisse.
- 115 personnes ont pu bénéficier d'un nouveau foie grâce à un prélèvement répondant au critères de Maastricht III (arrêt cardiaques liés à l'arrêt des soins).
- Fin 2018, on comptait 14 386 porteurs d'un greffon hépatique.
- **Le carcinome hépatocellulaire représentait en 2017 la principale indication de transplantation hépatique (29 %), suivie de la cirrhose d'origine éthylique (25,3 %), puis les maladies des voies biliaires et auto-immunes (10,2 %) et les cirrhoses virales VHB/VHC (5,7 %)**. Les insuffisances hépatiques graves correspondent à 5,4 % des indications de greffe[14, 15].

B) FAUX

Pour la greffe hépatique, on recherche la compatibilité ABO entre donneur et receveur.
Un patient du groupe A peut par exemple recevoir un greffon d'un donneur A ou O.
Un patient du groupe O ne peut recevoir que des greffons d'un donneur du groupe O.
La compatibilité HLA n'est pas requise à la différence de la greffe rénale.
Dans les situations de greffe en « super urgence » la compatibilité ABO n'est pas obligatoire[16].

C) FAUX

Le MELD n'est pas un bon indicateur dans le cadre d'une insuffisance hépatique aiguë.
D'autres indicateurs proposés par différents auteurs existent pour discuter d'une transplantation :

Critères de Clichy[17]
- Encéphalopathie avec un coma grade 3 ou 4.

Et
- Facteur V < 20 % chez un patient de moins de 30 ans.

Ou
- Facteur V < 30 % chez un patient de plus de 30 ans.

Critères du King Collège[18]

Hors intoxication au paracétamol

Si INR > 6,5 et au moins 3 critères parmi les suivants :
- Hépatite médicamenteuse ou de cause indéterminée.
- Âge < 10 ans ou > 40 ans.
- Insuffisance hépatique aiguë ou subaiguë (vs hyper aiguë).
- Bilirubine totale > 300µmol/L.
- INR > 3,5.

Intoxication au paracétamol

Transplantation envisagée si :
> 3,5 mmol/L de lactates après remplissage vasculaire.

Transplantation si :
- pH < 7,3 ou lactates artériels > 3 mmol/L après remplissage vasculaire.

Ou
- Créatinine 300 µmol/L, INR > 6,5 et encéphalopathie de grade 3 ou plus.

14. *Eiseman B, Silen W, Bascom GS, Kauvar AJ. Fecal enema as an adjunct in the treatment of pseudomembranous enterocolitis. Surgery. nov 1958;44(5):854-9.*
15. *Van Nood E, Vrieze A, Nieuwdorp M, et al. Duodenal infusion of donor feces for recurrent Clostridium difficile. N Engl J Med 2013 ; 368 : 407–415.*
16. *Agence de la Biomédecine, « Procédures d'application des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur personne décédée ».*
17. *Bernuau, Rueff, et Benhamou, « Fulminant and Subfulminant Liver Failure ».*
18. *Bernal et al., « Blood Lactate as an Early Predictor of Outcome in Paracetamol-Induced Acute Liver Failure ».*

D) VRAI

Habituellement, l'immunosuppression post-transplantation hépatique repose sur l'association thérapeutique suivante :

- Anticalcineurine (Tacrolimus ou Ciclosporine).
- Antimétabolites (Mycophénolate Mofétil (MMF) ou Azathioprine).
- Corticoïdes pendant 6 à 12 mois post transplantation hépatique.

La classe des Inhibiteurs mTOR (Sirolimus ou Everolimus) présente une alternative thérapeutique intéressante par exemple dans l'insuffisance rénale chronique ou un contexte tumoral grâce à une néphrotoxicité moindre contrairement aux anticalcineurines.

On peut synthétiser les propriétés des immunosuppresseurs de la façon suivante :

Classe	Mode d'action	Immunosuppresseur	Effets indésirables	Dosage
Anticalcineurine	Inhibition de la production de cytokines et de leur récepteur	Ciclosporine (Néoral®)	Diabète, HTA, Néphrotoxicité, hyperlipidémie, hyperplasie gingivale, hirsutisme	C2 (concentration deux heures après la prise)
		Tacrolimus (Prograf® ou Advagraf®)	Diabète, HTA, Néphrotoxicité, hyperlipidémie, alopécie	C0 (taux résiduel)
Antimétabolites	Blocage de l'entrée en cycle cellulaire	(Mycophénolate Mofétil Cellcept® Myfortic®)	Cytopénies, diarrhée	ASC : C0, 20min, 1h, 2h
		Aziathioprine (Imurel®)	Cytopénies, diarrhée, hépatite médicamenteuse, pancréatite	6 TGN
Inhibiteurs mTOR	Inhibition de mTOR et de la cascade de sécrétion de cytokines qu'il entraine	Sirolimus (Rapamune®) ou Evérolimus (Certican®)	Cytopénies, oedème, stomatite, dyslipidémie	C0
Corticoïdes	Blocage de production d'IL 1 et 6	Prednisone ou Prednisolon	Diabète, HTA, Dyslipidémie, hyperkaliémie, ostéoporose	

[19, 20]

E) VRAI

En France l'attribution de ces greffons a été rendu possible par l'agence de Biomédecine dans le contexte de pénurie de greffons[21].
On appelle ce système la greffe dérogatoire.
Les receveurs de ces greffons sont exposés à un risque de réactivation du VHB dans le contexte d'immunosuppression d'autant plus s'ils ont le statut Anti HBs négatif.
En effet l'ADN viral est toujours détectable dans le greffon malgré le statut Ac anti HBc positif du donneur.
Ce type de greffon peut être proposé en priorité à des patients VHB + avant greffe.
Il peut également être présenté à un patient non immunisé contre le VHB dans un contexte de « super urgence ».
Un traitement prophylactique doit être initié immédiatement après la greffe chez le transplanté non immunisé contre le VHB[22, 23].

19. *« EASL Clinical Practice Guidelines: Liver Transplantation ».*
20. *Conti et Calmus, « Immunosuppression après transplantation hépatique ».*
21. *Journal Officiel, Avis relatif aux recommandations pour la mise en oeuvre de dérogations permettant l'utilisation d'organes ou de cellules de donneurs porteurs de marqueurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.*
22. *« EASL Clinical Practice Guidelines: Liver Transplantation ».*
23. *Cholongitas, Papatheodoridis, et Burroughs, « Liver Grafts from Anti-Hepatitis B Core Positive Donors ».*

Références

1) Sagir A, Erhardt A, Schmitt M, Häussinger D. Transient elastography is unreliable for detection of cirrhosis in patients with acute liver damage. Hepatology. 2008;47(2):5925.

2) Acute viral hepatitis increases liver stiffness values measured by transient elastography - Arena - 2008 - Hepatology - Wiley Online Library [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.22007.

3-4-5-7-8) EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis - Journal of Hepatology [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278%2815%2900458-4/fulltext

5-6) Geier A, Gartung C, Dietrich CG, Wasmuth HE, Reinartz P, Matern S. Side effects of budesonide in liver cirrhosis due to chronic autoimmune hepatitis: influence of hepatic metabolism versus portosystemic shunts on a patient complicated with HCC. World J Gastroenterol. 15 déc 2003;9(12):26815.

9-10) Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen HLA, Papatheodoridis G, et al. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of Hepatology. 1 août 2017;67(2):37098.

11) Yurdaydin C, Keskin O, Kalkan Ç, Karakaya F, Çaliskan A, Kabaçam G, et al. Interferon Treatment Duration in Patients With Chronic Delta Hepatitis and its Effect on the Natural Course of the Disease. J Infect Dis. 28 mars 2018;217(8):118492.

12) Wedemeyer H, Schöneweis K, Bogomolov P, Voronkova N, Chulanov V, Stepanova T, et al. GS-13-Final results of a multicenter, open-label phase 2 clinical trial (MYR203) to assess safety and efficacy of myrcludex B in cwith PEG-interferon Alpha 2a in patients with chronic HBV/HDV co-infection. Journal of Hepatology. 1 avr 2019;70:e81.

13) AFEF. Recommandations sur la prise en charge de l'hépatite virale C Mars2017 [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/RecommandationsAFEFMars2017.pdf

14) Agence de la biomédecine - Le rapport annuel médical et scientifique 2017 [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/organes/05-foie/synthese.htm

15) Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive. Transplantation hépatique [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.snfge.org/content/transplantation-hepatique-greffe-du-foie

16) Agence de la Biomédecine. Procédures d'application des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur personne décédée. 2013.

17) Bernuau J, Rueff B, Benhamou JP. Fulminant and Subfulminant Liver Failure: Definitions and Causes. Semin Liver Dis. mai 1986;6(2):97106.

18) Bernal W, Donaldson N, Wyncoll D, Wendon J. Blood lactate as an early predictor of outcome in paracetamol-induced acute liver failure: a cohort study. The Lancet. 16 févr 2002;359(9306):55863.

19-22) EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation. Journal of Hepatology. 2015.

20) Conti, Calmus. Immunosuppression après transplantation hépatique. Le Courrier de la Transplantation. 2010.

21) Journal Officiel. Avis relatif aux recommandations pour la mise en oeuvre de dérogations permettant l'utilisation d'organes ou de cellules de donneurs porteurs de marqueurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.

23) Cholongitas E, Papatheodoridis GV, Burroughs AK. Liver grafts from anti-hepatitis B core positive donors: a systematic review. J Hepatol. févr 2010;52(2):2729.

Contact des référents par ville

- **AMIENS** : lucien.grados@neuf.fr
- **ANGERS** : celine.borely@laposte.net
- **ANTILLES-GUYANE** : margaux.caviezel@gmail.com
- **BESANCON** : internes.hge.besancon@gmail.com ; gaelle.tyrode@gmail.com
- **BORDEAUX** : referent.gastro@gmail.com
- **BREST** : jeanne-barto@hotmail.fr, marceven@orange.fr
- **CAEN** : internatgastroenterologie.caen@gmail.com
- **CLERMONT** : raux.b12@gmail.com ; eleclerc@chu-clermontferrand.fr
- **DIJON**: internes.hge.dijon@gmail.com
- **GRENOBLE** : MDescures@chu-grenoble.fr
- **LILLE** : gregoire.walraeve.etu@univ-lille.fr
- **LIMOGES** : alicia.anneraud@free.fr
- **LYON** : ajhgelyon@gmail.com, loic.cheminel@chu-lyon.fr
- **MARSEILLE** : asso.ajgodim@gmail.com ; referents.hge@gmail.com
- **MONTPELLIER** : lina.hountondji@outlook.fr ; mathilde.snv@gmail.com
- **NANCY** : internes.hge.nancy@gmail.com ; jeannie.mbaloula@yahoo.fr
- **NANTES** : referenthge@gmail.com
- **NICE** : darnaude.a@chu-nice.fr
- **OCEAN INDIEN** : s.chouihab@gmail.com
- **PARIS** : associationihpop@gmail.com
- **POITIERS** : camille.labie31@gmail.com
- **REIMS** : lletrillart@chu-reims.fr
- **RENNES** : a.karrer@hotmail.fr
- **ROUEN** : ylang-spaes@hotmail.fr ; cleme.dales@hotmail.fr
- **SAINT ETIENNE** : tiphaine.gil@gmail.com
- **STRASBOURG** : interne.gastro.strasbg@gmail.com
- **TOULOUSE** : antoine.albucher@laposte.net
- **TOURS** : sophie.bruere@hotmail.fr

Contact des sociétés savantes

AFEF (Association Française pour l'Étude du Foie) : https://afef.asso.fr/
ANGH (Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France) : https://angh.net/
CFP (Club Français du Pancréas) : https://clubfrancaispancreas.fr/
CREGG (Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie): https://www.cregg.org/
FFCD (Fédération Francophone de Cancérologie Digestive) : https://www.ffcd.fr/
GETAID (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif) : https://www.getaid.org/
SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) : https://www.sfed.org/
SFNCM (Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme) : https://www.sfncm.org/
SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie) : https://www.snfge.org/
SNFCP (Société Nationale Française de Colo-Proctologie) : https://www.snfcp.org/
SYNMAD (Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de l'Appareil Digestif) : https://www.synmad.com/

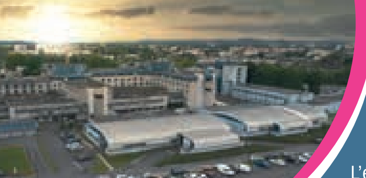
ANNONCES DE RECRUTEMENT

FRANCE



NOUVELLE-AQUITAINE

CENTRE HOSPITALIER DE PAU
Établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Béarn et Soule



RECHERCHE
MÉDECIN GASTROENTÉROLOGUE

SOCIÉTÉ
Au pied des Pyrénées et à une heure des pistes de ski et de la côte atlantique (Pays Basque, Landes), le Centre Hospitalier de Pau est situé dans une ville universitaire et une agglomération de 150 000 habitants. Établissement de proximité pour le bassin de population palois, le Centre Hospitalier de Pau est également établissement de recours (type 3) pour plusieurs spécialités (réanimation adulte, pédiatrie, neurologie, obstétrique et cardiologie interventionnelle).

MISSION
L'équipe médicale qui comprend 6 gastroentérologues et 1 interne, prend en charge 15 lits d'hospitalisation traditionnelle, 3 lits d'hôpital de semaine, 9 lits d'hôpital de jour, 3 à 5 lits de chirurgie ambulatoire. Vous y pratiquerez une activité d'hépatogastroentérologie générale, de cancérologie digestive, de recherche clinique, d'endoscopie standard et interventionnelle (prothèses, KT, echoendoscopie avec ponctions, drainage biliaire), au sein d'une équipe médicale et paramédicale motivée et sympathique !

Un plateau technique interventionnel flambant neuf vient d'ouvrir ses portes au mois de Septembre avec deux salles dédiées à l'endoscopie digestive sous anesthésie, venant compléter une salle d'endoscopie digestive sous locale qui est en cours de rénovation.

Le service intervient aussi dans le cadre de la GHT Béarn et Soule avec le souhait de développer l'activité auprès des CH d'Orthez et d'Oloron. Dans cette perspective un 8ème poste devrait dans les mois qui suivent venir compléter l'effectif.

PROFIL
Gastroentérologue à temps plein PH, praticien contractuel ou assistant.

MERCI DE DÉPOSER VOTRE CANDIDATURE AUPRÈS DE
Madame Audrey LIORT
Directrice des Affaires Médicales
audrey.liort@ch-pau.fr - 05 59 92 49 69

CORSE



LE CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

RECRUTE
DES HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUES

« MONTAGNE DANS LA MER », UN CADRE DE VIE IDYLLIQUE

Vivre à Ajaccio offre un accès aux équipements et services d'une grande agglomération tout en profitant d'un cadre de vie unique, alliant plaisirs du bord de mer et espaces naturels exceptionnels. Avec ses mille kilomètres de côtes, la Corse est le paradis des amoureux de la mer. Quelle que soit la saison, les plages corses sont de véritables trésors.

La montagne Corse est dotée de cette beauté hostile et envoûtante, si caractéristique. Ses sommets exigeants, tel que le Monte Cinto, mettent à l'épreuve le randonneur. La route mythique du GR20 contribue à la légende de ce territoire unique. La montage Corse permet des activités telles que le canyoning, l'escalade, le ski, ou bien encore l'alpinisme.

Par ailleurs, les 4 aéroports internationaux de l'île, reliés en direct toute l'année aux aéroports de Paris, Lyon, Marseille et Nice, vous permettent de rejoindre aisément le continent.

Enfin, plus de 100 formations postbac sont dispensées en Université, en école d'ingénieurs ou en IAE. Un parcours académique d'excellence est tout à fait possible en Corse.

UN ÉTABLISSEMENT NEUF
En nous rejoignant, vous aurez le plaisir d'évoluer au sein d'une structure neuve, dotée d'un plateau technique complet, dernière génération *(livraison du nouvel établissement en octobre 2022)*. Cette inauguration symbolise le dynamisme médicale et pluridisciplinaire qui nous anime.

DESCRIPTIF DES POSTES VACANTS ET DU SERVICE
- 3 postes de praticiens hospitaliers à temps plein *(statut de PH ou PHC)*, au sein du nouvel Hôpital d'Ajaccio.
- Bloc opératoire : 2 salles d'endoscopie avec renouvellement complet de l'équipement *(7 salles de chirurgie + 1 salle hybride)*.
- Service de chirurgie ambulatoire de 18 lits.
- Hospitalisation complète de 15 lits pour la gastro entérologie au sein du pôle de chirurgie et de médecine associés *(60 lits)*.
- 4 chirurgiens digestifs accrédités pour la chirurgie oncologique *(chirurgie colorectale, gastrique, hépatobiliaire et pancréatique)*.
- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'oncologie hebdomadaire.
- Service de réanimation médico-chirurgicale polyvalente très performant.
- Projet de développement de l'endoscopie interventionnelle et structure ouverte au développement d'autres projets d'équipe.

CONTACT
Mme Christelle FILLEUL,
Responsable des Affaires Médicales
Centre Hospitalier d'Ajaccio
Tél. : **04 95 29 67 38**
christelle.filleul@ch-ajaccio.fr

Les médecins qui intégreront l'équipe d'hépato-gastro-entérologie auront à charge de reprendre l'activité médicale brutalement et tristement interrompue, à la suite du décès du chef de service.



BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

LES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE
(Établissement de santé de référence et établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Sud Côte-d'Or)

Recherchent
1 GASTRO-ENTÉROLOGUE
À plein temps

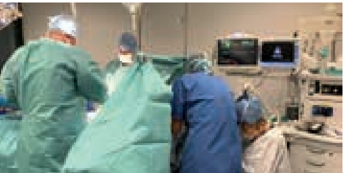
Hospices Civils de Beaune

Les Hospices Civils de Beaune souhaitent conforter leur offre au service d'un bassin de population de 100 000 habitants.

Doté d'un plateau technique complet, engagés dans une opération de modernisation de grande ampleur et bénéficiant d'une proximité géographique avec l'établissement de recours régional, les Hospices Civils de Beaune cherchent à consolider leurs effectifs médicaux.









Pour tout renseignement, merci de contacter :
La Direction des Affaires Médicales :
marie.fraslin@ch-beaune.fr

Hospices Civils de Beaune
Avenue Guigone de Salins - BP 40104
21203 Beaune Cedex

SUISSE



Établissement de proximité, bien ancré dans sa région et s'appuyant sur des compétences multidisciplinaires au service des patients, l'Hôpital du Jura bernois (HJB) offre des activités à haute valeur ajoutée.

Comptant près de 1 200 collaborateurs, l'HJB couvre les besoins médicaux-hospitaliers d'une population d'environ 50 000 habitants. Seul hôpital francophone du canton de Berne, notre établissement se caractérise par son dynamisme, son excellente infrastructure et son souci constant de développer des prestations médicales de proximité et de qualité répondant aux besoins actuels et futurs de notre population.

Pour compléter notre équipe de gastroentérologues de St-Imier et Moutier,

NOUS RECHERCHONS :

UN(E) MÉDECIN-CHEF(FE) ADJOINT(E) EN GASTROENTÉROLOGIE
50-100 % à St-Imier

UN(E) MÉDECIN-CHEF(FE) ADJOINT(E) EN GASTROENTÉROLOGIE
50-100 % à Moutier

L'unité de gastroentérologie présente une activité d'environ 1000 endoscopies par an à Moutier et 900 à St-Imier, l'activité comprend une consultation spécialisée ambulatoire avec suivi de patient MICI, possibilité de pratiquer la sonographie abdominale.



VOS PRINCIPALES RESPONSABILITÉS
Assurer et renforcer l'activité dans le service de gastroentérologie.
Participer à la formation continue médicale (cours de formation pour les médecins assistants).
Participer activement aux projets de développement du service de gastroentérologie.

VOTRE PROFIL
Titre de spécialiste FMH (ou équivalent) en gastroentérologie.
Une expérience clinique universitaire.
Une bonne capacité à s'intégrer dans une équipe multidisciplinaire et à faire preuve de collégialité.

ENTRÉE EN FONCTION : De suite ou à convenir

Les demandes de renseignements complémentaires et les dossiers de candidatures sont à adresser à :
Dr Alain Kenfak Foguena, Directeur médical, HJB SA
Rue Beausite 49 - 2740 Moutier
Tél. : +41 32 494 38 48 – E-mail : Alain.Kenfak@hjbe.ch

Insuffisance pancréatique exocrine

Creon® 35000 U

gélule gastro-résistante

LE REFLEXE

Granulés de diamètre ≤1,6 mm(1)

Granulés d'enzymes gastro-protégés pour **UN MÉCANISME D'ACTION CIBLÉ**

CRE-2021-0602 - Juillet 2021 - Visa N°21/07/62726958/PM/002 - PYRAMIDALE

Traitement substitutif d'enzymes pancréatiques dans l'insuffisance pancréatique exocrine au cours de la mucoviscidose et d'autres pathologies (par exemple pancréatite chronique, pancréatectomie ou cancer du pancréas). Les gélules gastro-résistantes de Creon® sont indiquées chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant.(2)

Place dans la stratégie thérapeutique : Dès le diagnostic confirmé par dosage de l'élastase fécale et dès lors que les repas ou collations contiennent des graisses, il est recommandé de prescrire en 1ère intention des enzymes pancréatiques gastro-protégées (EPGP). L'efficacité de Creon® (pancréatine) est liée à ses propriétés pharmacologiques intrinsèques, quel que soit le dosage.
L'utilisation des extraits pancréatiques en dehors de l'indication « insuffisance pancréatique exocrine », par exemple dans le traitement des troubles dyspeptiques, n'est pas justifiée et relève d'un mésusage.(3)
Médicament sur prescription (Liste I).

Creon® 35 000 U : Remboursement sécurité sociale à 65 % - Spécialité agréée à l'usage des collectivités.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr



Mylan Medical SAS est une société du Groupe Viatris.



1. Extrait du Module 3 du dossier d'AMM Creon® 35 000 U. ; 2. Résumé des Caractéristiques du Produit Creon® 35 000 U. ; 3. Avis de la Commission de la Transparence Creon® 35 000 U du 11 mars 2020.